GEORGES LAURENS

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU MÉDECIN PRATICIEN



MASSON ET C[IE] EDITEURS.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

DU MÉDECIN PRATICIEN



Dr GEORGES LAURENS

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

DU MÉDECIN PRATICIEN



Avec 560 figures dans le texte

MASSON ET Cie, EDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
1912

PRÉFACE

Au temps jadis, et trop souvent encore aujourd'hui, on soignait les otites, les rhinites et les laryngites, sans speculum ni laryngoscope. Et certes, de cette ignorance le médecin praticien n'était pas responsable.

En effet, à une époque qui ne remonte pas à la légende des siècles, mais il y a peu de lustres encore, l'escholier, au P. C. N., disséquait quelques batraciens, parcimonieusement comptés. Plus tard, à la dissection, aucune des aspérités de la clavicule ne lui restait étrangère, mais le scalpel s'arrêtait au pourtour de l'oreille, du nez et du larynx, au seuil de tous les labyrinthes... Combien, en effet, l'anatomie du couturier chez l'homme était plus facile et sa physiologie, dans l'autre sexe, plus attrayante ! Dans le grand amphithéâtre de la Faculté, l'étudiant était ému par la description magistrale et vibrante de la diphtérie, mais il ne faisait jamais de trachéotomie. A l'hôpital, sur de lointains gradins, il assistait à des séances opératoires, — presque toujours abdominales.... Mais combien de fois notre étudiant faisait-il de la chirurgie pratique : débridement d'un phlegmon, opération d'une hernie étranglée, réduction d'une fracture ? Certes, voilà de la pratique courante.

Combien d'entre nous ont-ils touché des végétations adénoïdes, aperçu des cordes vocales, diagnostiqué une sinusite de la face, vu un tympan...?

C'était le temps, où plus que jamais, l'on pouvait dire des médecins, ce que Montaigne disait des hommes de science « ils ont cet heur que le soleil éclaire leur succès, et la terre cache leurs fautes »; autrefois, comme aujourd'hui encore, « ils éloignaient vers les eaux les malades qu'ils ne pouvaient soulager ».

Certes, on ne saurait exiger de tout praticien d'être un Pic de la Mirandole, d'avoir disséqué les fibres de Corti, — ce que du reste peu d'otologistes ont fait ! Mais il est possible, dans toute

spécialité, d'acquérir des notions sommaires permettant d'*établir un diagnostic*, de poser une *indication thérapeutique*, d'instituer un traitement d'*urgence*. Et l'on doit voir disparaître nombre d'aphorismes, singulièrement funestes pour le malade, — « un abcès d'oreille doit se percer seul », « la surdité disparaît en grandissant », etc., etc....

Le médecin, dans le traitement des affections oto-rhino-laryngologiques qu'il rencontrera dans l'exercice de sa pratique, doit appliquer les mêmes règles de méthode qu'en médecine générale. Il ne doit poser un diagnostic qu'après avoir *vu*, *palpé*, grâce à une technique spéciale. Une pneumonie se reconnaît et se surveille par l'auscultation, une néphrite par l'examen des urines, on regarde aujourd'hui dans la vessie. Pourquoi alors diagnostiquer, — sans regarder l'oreille avec un speculum, — une otite aiguë par les douleurs, une otite scléreuse par la surdité; ce peut être une otalgie réflexe, d'origine dentaire; un cérumen!... Un enrouement prolongé peut être dû, non pas à « des granulations sur les cordes vocales », terme suffisant à la compréhension intellectuelle du malade, quoique véritable non-sens médical, mais à une paralysie récurrentielle, provoquée elle-même par un anévrysme latent de l'aorte! De la granulation à l'anévrysme, il y a loin comme pronostic.... Et toutes les obstructions du nez, attribuées à des polypes, sans que jamais un speculum ait exploré l'intérieur d'une fosse nasale!

Multiplier les exemples serait faire une ample moisson d'erreurs grossières que le laryngologiste observe chaque jour dans sa clientèle privée ou hospitalière.

Le monde marche et le médecin 1830 n'est plus; sa vieille trousse de maroquin noir, doublée en laine rouge, doit disparaître et faire place à la trousse de métal nickelée. Les temps sont changés depuis l'époque où, dans la salle de consultation des hôpitaux, il n'existait qu'un seul abaisse-langue *omnibus*, plongeant dans un verre à expérience, rempli de solution phéniquée légèrement carminée.

Très modeste est le but de ce précis. Ce n'est point un Larousse ni un Dalloz médical; n'y cherchez donc pas la nomenclature complète de toutes les maladies d'oreille, du nez et du larynx. J'ai décrit seulement celles que l'on observe le plus couramment dans la pratique journalière, m'appliquant à les faire reconnaître par le médecin et à lui indiquer le traitement de choix le plus simple.

Ce manuel s'adresse exclusivement à l'étudiant, au praticien, surtout à celui de la campagne éloigné de la ville, par conséquent du spécialiste, de tout conseil, et devant se suffire à lui-même.

Je suppose un médecin, installé déjà depuis un certain nombre d'années, qui par conséquent n'a pas eu les facilités de la génération actuelle de suivre l'enseignement otologique de la Faculté, des hôpitaux, des cliniques, qui ignore tout de la laryngologie, n'en connaît que la théorie et désire acquérir les notions de technique les plus élémentaires.

La lecture de ce Manuel lui permettra de se rendre compte qu'il n'est point nécessaire d'une installation compliquée pour manier un laryngoscope. Il suffit d'un *matériel réduit, peu onéreux*, de quatre instruments : un miroir laryngien, un speculum d'oreille, un speculum de nez et un miroir frontal; une lampe à huile ou à pétrole.

J'ai multiplié les schémas, les croquis, pour faciliter la lecture du texte, pour apprendre à bien éclairer les cavités profondes de l'oreille, du nez, du larynx; pour permettre au médecin, n'ayant *jamais examiné un tympan* ou des *cordes vocales*, devant faire lui-même son éducation, son auto-enseignement, de se repérer, de s'orienter. Et j'ai très longuement insisté sur les erreurs, les tâtonnements du début, sur les fautes commises par les débutants, pour les leur signaler et leur apprendre à les éviter. Je me suis efforcé de faire une sorte de guide, de Baedeker laryngologique, de façon à ce que le praticien trouve dans ce livre, un fil d'Ariane solide qui facilite l'orientation dans le dédale et le labyrinthe de la spécialité.

Et, à sa grande satisfaction, grâce à cette technique bien réglée, l'examen direct lui montrera la lésion dans le fond du speculum, ou dans le laryngoscope. Il aura fait en quelque sorte de l'anatomie pathologique sur le vivant.

Ici, pas d'interprétation comme en pathologie cardiaque, hépatique, pulmonaire ; pas de discussion possible, comme avec l'auscultation ou le palper : *Le diagnostic est inscrit dans le miroir, ou à l'extrémité du speculum.*

Lorsque le praticien aura su voir et interpréter l'image d'un tympan, d'une cavité laryngée, c'est-à-dire différencié une otite aiguë, par exemple, d'avec une otalgie réflexe, trouvé la cause d'une obstruction nasale, reconnu l'origine d'un enrouement dans une laryngite chronique, une tuberculose ou un cancer du larynx

à son début, il devra poser l'indication du traitement et l'instituer lui-même dans certains cas.

Il devra savoir :

1° *Ce qu'il doit éviter.* — C'est-à-dire les traitements nuisibles ou dangereux, et surtout les prescriptions insuffisamment détaillées. Il ne suffit pas de libeller sur une ordonnance « faire un lavage de l'oreille,... du nez », « mettre des gouttes », et d'expliquer en deux mots, oralement, le traitement ;

2° *Ce qu'il faut faire.* — Entrer dans la minutie de la technique, apprendre au malade le comment et le pourquoi des choses : application d'un pansement, technique d'une inhalation, etc.... Ici encore, les schémas, — certains peut-être pourront paraître puérils dans leur simplicité, — ont été multipliés à dessein pour réaliser en quelque sorte un enseignement visuel, objectif.

Et vous verrez que, bien souvent, dans la pratique, la clé du succès réside dans le souci des détails. Vous aurez tout autant de mérite et de satisfaction en apprenant à une mère toutes les petites « recettes » sur la façon de traiter l'otite de son enfant, que les grands thérapeutes qui connaissent mieux, — et à raison, — en pathologie digestive, par exemple, « le Brillat-Savarin » que le droguier de la Faculté. Qu'importent les plus brillants diagnostics et les néo-médicaments, si auprès d'un malade, d'un convalescent, on ignore la recette d'un excellent bouillon nutritif, la manière savante de le composer, la façon pratique d'associer le règne animal au règne végétal..., c'est là que vous êtes utile et serez apprécié ! Toute la clinique, la médecine et la thérapeutique sont faites de ces menus détails.

Si ce petit Manuel obtient quelque faveur auprès du public médical, il le devra en grande partie à l'obligeance extrême des éditeurs, MM. Masson et Cie, qui ont bien voulu me laisser illustrer le texte de nombreuses figures, qu'ils ont réalisées avec le soin tout particulier apporté à leurs publications. Je les en remercie très vivement.

Je ne saurais oublier M. Moreaux, au talent duquel sont dus tous les dessins de cet ouvrage.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU MÉDECIN PRATICIEN

NÉCESSITÉ POUR LE PRATICIEN D'AVOIR DES NOTIONS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Cette spécialité a été fort longtemps délaissée, parce que sa technique a été considérée comme difficile, et que son enseignement officiel a été négligé. Abandonnée aux « rebouteurs de l'otologie », elle était la proie des industriels et des Instituts qui vidaient la caisse des sourds, sans la remplir de son.

Faut-il, par quelques exemples, démontrer l'importance et la place qu'elle occupe dans la médecine générale?

L'oreille joue un rôle non seulement dans l'audition, mais vital.

Au point de vue fonctionnel, *auditif*, est-il besoin de rappeler la fréquence de la « dureté d'oreille », de la surdité. Dans les écoles, un enfant sur 6 entend mal; au service militaire, nombre de conscrits sont classés dans les services auxiliaires. En France il y a près de 20000 sourds-muets, et beaucoup d'enfants sont muets parce qu'ils sont devenus sourds. Or, la surdité est souvent évitable dans 80 pour 100 des cas, car elle est fréquemment consécutive à une otorrhée négligée ou à une affection de voisinage (nez ou pharynx).

Au point de vue *vital*, on meurt par l'oreille, tout comme par le cœur et le poumon, d'une otorrhée compliquée d'accidents intra-craniens.

Le nez, n'est pas un organe seulement olfactif, mais il joue un *rôle respiratoire*. Certains troubles de développement, les bronchites, les laryngites de l'enfance, tiennent à une insuffisance

nasale. Les végétations adénoïdes constituent un des pivots de la pathologie infantile. Doit-on rappeler les *infections* multiples dont le nez est le point de départ : otites suppurées, adénoïdites, affections thoraciques, gastro-entérites; les *réflexes* d'origine nasale : asthme..., les *sinusites* si fréquentes.

La pathologie du **larynx** est tellement individualisée qu'elle ne doit pas être ignorée du médecin. Nombre de laryngites reconnaissent une origine naso-pharyngée et sont consécutives à des rhinites méconnues. Un enrouement n'est pas toujours fonction d'une laryngite chronique, et le laryngoscope fera bien souvent découvrir un polype, une tuberculose au début, une syphilis insoupçonnée, un nodule, etc., qui ne relèvent pas comme thérapeutique de simples inhalations.

Il est donc capital pour le praticien de savoir inspecter l'oreille, le nez, le larynx, pour faire un diagnostic de certitude et établir un traitement raisonné.

COMPOSITION DE LA TROUSSE

Le médecin répudiera l'antique trousse préhistorique, du XIXe siècle, dont le blason était : « Sur champ de velours rouge, dans un étui en maroquin noir, quelques instruments à manche en bois, beaucoup de poussière, antisepsie nulle. » La boîte et les instruments seront *en métal.*

INSTRUMENTS INDISPENSABLES

Voici la liste des **instruments indispensables** pour l'exploration de l'oreille, du nez et du larynx.

Un *miroir frontal*;

Deux *speculums d'oreille*, de Politzer (un moyen pour les adultes, un petit pour les enfants) ;

Un *speculum du nez* ;

Un *abaisse-langue* (facultatif);

Un *miroir laryngien* n° 00, pour la rhinoscopie postérieure;

Un *miroir laryngien* n° 4, avec *manche démontable* pour la laryngoscopie.

Avec cette trousse minime et bien peu dispendieuse, *tout praticien peut faire le diagnostic et la pathologie courante oto-rhino-laryngologique.*

INSTRUMENTS ACCESSOIRES

Si parmi les médecins, certains ont des notions plus approfondies de la spécialité, ils pourront avoir des ***instruments accessoires***, utiles au traitement. Un stylet d'oreille; un porte-coton; une pince coudée à oreilles, sans cuillers, de Politzer; une *aiguille à paracentèse*; un stylet du nez; une pince nasale, une *pince à morcellement* pour l'ablation des amygdales, un *ballon hémostatique* pour épistaxis, quelques canules à trachéotomie.

MATÉRIEL PHARMACEUTIQUE INDISPENSABLE

Solution de cocaïne à 1/30; utile en cas de laryngoscopie difficile, pour l'anesthésie de la luette et du pharynx; de rhinite hypertrophique, pour rétracter les cornets.

Solution d'adrénaline au millième; utile pour le diagnostic des sinusites, l'exploration du nez, la recherche de végétations adénoïdes, etc.

Mélange de Bonain, dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne.	ãã 1 gramme.
Menthol.	
Acide phénique neigeux.	

nécessaire pour l'anesthésie dans la paracentèse du tympan, la cautérisation ou le morcellement des amygdales, etc.

Eau oxygénée, à 12 volumes, boratée, pour le nettoyage d'un conduit auditif otorrhéique;

MATÉRIEL DE PANSEMENT

Lampe à alcool, pour chauffer le miroir laryngien;
Ouate hydrophile;
Pas de gaze iodoformée, mais de la gaze aseptique.

EXAMEN DES MALADES
RÈGLES GÉNÉRALES. — TECHNIQUE

L'exploration de l'oreille, du nez et du larynx nécessite une technique spéciale pour deux raisons : 1° ces cavités sont naturel-

lement *obscures*; 2° leurs orifices sont *étroits*, d'où une double difficulté dans l'examen.

Mais il ne suffira pas au praticien de voir. Pour *bien interpréter*, il combinera les manœuvres classiques de la médecine et de la chirurgie, il pratiquera donc le *toucher* du pourtour de l'oreille, de l'extérieur du nez, des flancs du larynx, pour y rechercher un œdème, une déformation, un ganglion. Il fera le *palper* de l'oreille et du nez, non pas avec le doigt, mais à l'aide du stylet; un os carié dans le conduit auditif, fera porter le diagnostic de fistule mastoïdienne; une nécrose nasale, celui de syphilis. *L'auscultation* enfin, trouvera son indication pour juger de la perforation d'un tympan, d'une obstruction de la trompe d'Eustache.

Enfin, deux agents de premier ordre, la *cocaïne* et l'*adrénaline*, facilitent singulièrement la technique, grâce à l'anesthésie et à l'ischémie qu'ils procurent.

Cela dit, comment procéder à l'examen?

A. — *ÉCLAIRAGE*

Vous trouverez, magistralement exposées dans tous les traités d'oto-laryngologie, de longues dissertations physiques et optiques sur l'éclairage de l'oreille, du nez, etc. Comme les souvenirs du P. C. N., sont plutôt lointains pour beaucoup, et désagréables pour quelques-uns, je laisserai de côté toute cette partie physique.

Inutile également pour le praticien de connaître les avantages de la lumière solaire pour la laryngoscopie, car le malade ne choisit pas l'heure ou Phébus illumine le firmament pour se faire éclairer les ventricules de Morgagni; inutile également de savoir qu'on peut examiner le tympan au magnésium, etc. Ce qui vous importe, c'est dans la pratique quotidienne, à la campagne, de pouvoir toujours, dans une circonstance donnée, faire une exploration.

Comme l'*éclairage direct* de l'oreille, du nez et du larynx est impossible, vous emploierez l'*éclairage réfléchi*. (Seul, l'examen du pharynx, parce que la cavité buccale est grande, est possible en l'éclairant directement avec la lumière du jour. Mais vous ne concevez pas l'exploration du tympan, des cornets du nez, en plaçant au-devant des narines ou du méat auditif, une lampe, quelque puissante qu'elle soit.)

Comme la cavité à inspecter est obscure et son orifice étroit, il faut *concentrer* la lumière sur ce point, et pour cela la *réfléchir* au moyen d'un miroir.

Donc, pour ***examiner*** ***l'oreille***, le ***nez***, le ***larynx***, il faut :

1° une *source lumineuse*;

2° un *appareil réflecteur de concentration* ou *miroir*;

3° un *instrument* spécial : speculum nasi, auris, miroir laryngien qui dilate l'orifice d'accès et canalise la lumière en quelque sorte;

4° savoir utiliser ce dispositif pour l'exploration.

1° *SOURCE LUMINEUSE*

A *domicile*, chez le *malade*, demandez une ***lampe*** quelconque : à *pétrole*, à *alcool*, à *huile*, une *bougie* à la rigueur, une ampoule électrique (mais, dans ce cas, vous réfléchirez avec votre miroir

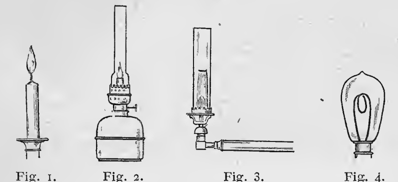


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

l'ombre formée par le filament de charbon contenu dans l'ampoule).

Dans votre *cabinet*, vous pourrez avoir une lumière fixe, par exemple, un bec Auër monté sur une lampe : c'est l'éclairage idéal.

2° *LE MIROIR FRONTAL*

Pour réfléchir la lumière sur l'organe à examiner : oreille, nez, il faut un ***miroir frontal***.

Ce miroir se *fixe sur le front*, soit au moyen d'un bandeau en étoffe qu'on agrafe derrière la tête; soit, et je vous le recommande, au moyen d'un *ressort* antéro-postérieur, analogue à un bandage herniaire qui s'adapte à la plaque frontale. Certains ressorts sont articulés, par conséquent permettent de mettre le miroir dans la poche.

Le bandeau ou le ressort devront assurer à l'appareil beaucoup de fixité, ils seront donc bien assujettis autour de la tête.

Le miroir devra jouir de la plus grande *mobilité* autour des

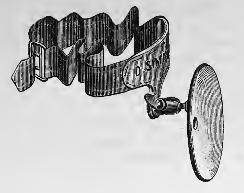


Fig. 5. — Miroir frontal.



Fig. 6. — Miroir frontal articulé.

Un bon miroir frontal doit réunir les qualités suivantes : être *concave* pour concentrer les rayons lumineux; d'une bonne *grandeur*, plus il est grand mieux on voit; cependant il y a des limites et son amplitude ne sera pas excessive car, en le plaçant au-devant de l'œil droit, il gênerait la vision de l'œil gauche. Il aura 9 à 10 centimètres de diamètre, sa *distance focale* sera de 20 centimètres environ, il sera percé d'un orifice central. Prenez-le en *aluminium*, il sera plus léger.

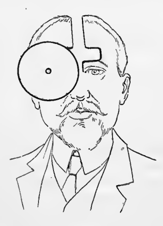


Fig. 7. — Miroir frontal en position.

Fig. 8. — Miroir frontal vu de profil.

La plaque frontale à laquelle est fixé le miroir sera placée exactement au milieu du front, un peu en bas, au niveau des arcades sourcilières. Certaines plaques présentent même deux petites pelotes en caoutchouc qu'on place dans l'angle supéro-interne des orbites à la racine du nez.

yeux. Dans ce but, il est relié à la plaque frontale par une articulation à vis.

Celle-ci sera suffisamment serrée pour que le miroir garde la

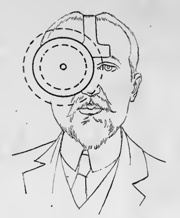


Fig. 9. — Mauvais miroir frontal.

Le pointillé extérieur indique un miroir trop grand qui gêne la vision de l'œil gauche, le pointillé intérieur représente un miroir beaucoup trop petit.

position donnée; d'autre part, le serrage ne sera pas trop énergique pour que tout mouvement donné au miroir ne déplace pas l'appareil. Vaselinez légèrement l'articulation, c'est un bon moyen de conciliation.

3° *INSTRUMENTS D'EXAMEN*

Pour explorer l'oreille et le nez, on emploie des *speculums*.

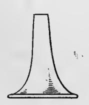


Fig. 10. — Bon speculum d'oreille.



Fig. 11. — Mauvais speculum.

La tige est beaucoup trop longue et elle risque de blesser le tympan.

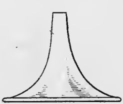


Fig. 12. — Mauvais speculum.

Le pavillon est large, trop évasé, et sa surface miroitante gêne l'exploration du conduit.

Leur but est destiné à élargir l'orifice d'accès (méat auditif et

narines), et à redresser l'axe des cavités à examiner; l'axe du conduit auriculaire est en effet sinueux, celui du vestibule du nez n'est pas dans le même plan que celui des fosses nasales.

Ils seront en métal, parce que stérilisables.

Le ***speculum auri***. — Le meilleur est celui de Politzer. Le jeu complet est de 4. Le numéro 1 pour les petits enfants et le numéro 3 pour les adultes vous suffiront. Leur longueur est de 3 centimètres.

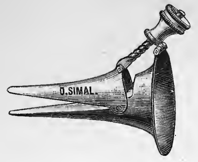


Fig. 13. — Speculum du nez.

Le ***speculum du nez***. — Il présente deux valves, dont l'une est mobile au moyen d'une vis. La surface interne, brillante du speculum dirige les rayons lumineux dans la fosse nasale.

L'inspection du pharynx se fait au moyen d'une cuiller ou d'un ***abaisse-langue***.

L'examen de l'arrière-nez ou cavum, et l'exploration du larynx nécessitent l'emploi de *miroirs laryngiens*.

Le ***miroir laryngien*** ou ***laryngoscope***. — C'est une petite glace arrondie, fixée à 45° à l'extrémité d'une tige qu'on peut adapter à un manche en métal, au moyen d'une vis de pression.

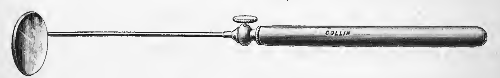


Fig. 14. — Miroir laryngien.

En pratique, deux ou trois sont nécessaires : un numéro 0 ou 00 très petit, pour l'examen de l'arrière-nez; et un numéro 4 de dimension moyenne, pour la laryngoscopie. Vous les prendrez inoxydables, de façon à pouvoir les stériliser par l'ébullition.

Désinfection des instruments.

Comme ils sont tous métalliques, vous les stériliserez à l'eau carbonatée pendant cinq minutes.

B. — *TECHNIQUE POUR L'EXAMEN DU MALADE*

Qu'il s'agisse d'otoscopie, de rhinoscopie ou de laryngoscopie, voici des règles capitales que le médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit. Il faut savoir :

1° Mettre le malade en position ;
2° Placer la lumière ;
3° Fixer le miroir frontal pour éclairer l'organe.

1° *POSITION DU MÉDECIN ET DU MALADE*

La ***table***, placée à gauche du malade, par conséquent à droite du médecin, supportera les instruments, la lampe, les serviettes.

Le ***médecin***, sera assis près du malade, à quinze centimètres

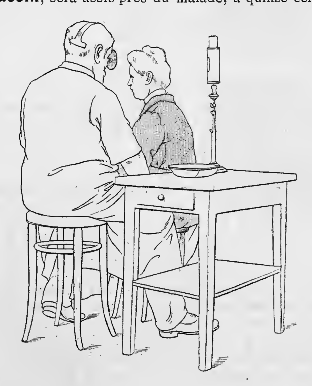


Fig. 15. — Disposition de l'éclairage, du médecin et du malade pour un examen.

environ de sa bouche et sur un siège un peu plus élevé que lui.

Le **malade**, sera également assis, *en face* du médecin, il se tiendra la *tête droite*, non fléchie en arrière, pour éviter l'inflexion de la colonne cervicale; ses jambes seront rapprochées et placées entre celles du médecin; pas de soutien pour la tête.

Voilà pour la rhinoscopie et la laryngoscopie.

S'il s'agit d'un examen d'oreille, le sujet tournera le dos à la lumière ou la regardera, selon qu'il s'agit d'une oreille gauche ou droite à examiner.



Fig. 16.

L'*examen oto-rhino-laryngologique* chez les **enfants** est facile ou difficile. Deux cas :

a) *Enfants faciles.* — J'entends dociles, bien élevés. Malgré ces qualités, ne vous faites pas trop d'illusion. La vue des instruments les effraie. Il faut de la diplomatie, de la persuasion, leur mettre le speculum ou le miroir en main, les faire jouer, se mettre soi-même le speculum dans le nez ou le miroir laryngien dans la bouche, pour leur indiquer qu'il n'y a aucune douleur à redouter, les tapoter sur la joue avec le speculum pour leur montrer qu'il ne pique pas. S'il s'agit d'un examen laryngoscopique, consacrez plusieurs séances, introduisez le miroir dans leur cavité buccale, en les félicitant tout en n'ayant rien vu.

b) *Enfants indociles*, *hurleurs*. — Ils ne céderont jamais un pouce de leur territoire. Ici, pas de temps à perdre. Un aide vigoureux maintiendra l'enfant sur ses genoux, en *position opératoire*, comme s'il s'agissait d'une opération d'adénoïdes. Allez vite, en quatrième vitesse, c'est le meilleur procédé.

Au besoin, examinez l'enfant en *position couchée*, solidement maintenu.

2° COMMENT DISPOSER LA LUMIÈRE PAR RAPPORT AU MALADE

Considérez les trois schémas 17, 18, 19. Il s'agit d'examiner un conduit auditif avec une lampe et un miroir.

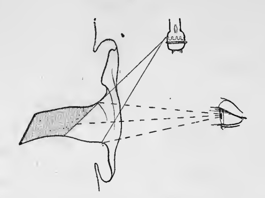


Fig. 17. — Éclairage d'une cavité profonde. Marche des rayons lumineux et du rayon visuel.

Mauvaise disposition de la lumière, qui n'éclaire que la partie externe du conduit auditif. Toute la partie profonde reste dans l'obscurité et le rayon visuel du médecin ne peut explorer le tympan.

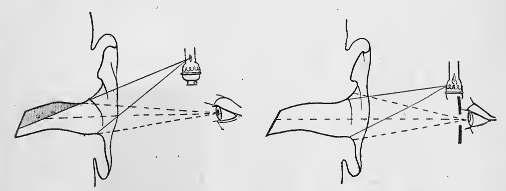


Fig. 18. — Disposition de l'éclairage moins mauvaise.

Le foyer lumineux est cependant trop éloigné encore de l'œil de l'observateur.

Fig. 19. — Bonne disposition du foyer lumineux.

Il se confond presque avec le rayon visuel.

La source lumineuse sera placée sur une table, ***fixe***, au besoin exhaussée par un *support*.

Quatre règles fondamentales. — Par rapport à la tête du malade, la ***lumière doit être située*** :.

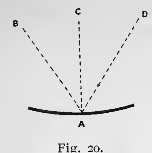
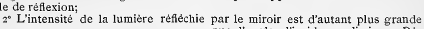


Fig. 20.

Deux lois optiques, simples, indispensables à se rappeler, pour assurer un bon éclairage en oto-rhino-laryngologie.

1° Dans les miroirs concaves, l'angle d'incidence est égal à l'angle de réflexion;


2° L'intensité de la lumière réfléchie par le miroir est d'autant plus grande que l'angle d'incidence diminue. Déduction : plus la source lumineuse sera rapprochée du malade, meilleure sera l'intensité de la lumière réfléchie.

Ce schéma va faciliter l'explication des figures suivantes, il suffira de remplacer A par le médecin et son miroir frontal; D, par la source lumineuse; B, par le malade.

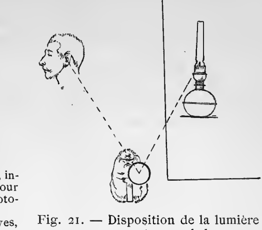


Fig. 21. — Disposition de la lumière par rapport au malade.

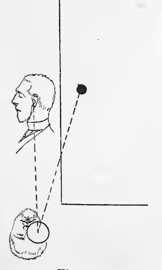


Fig. 22.

Excellente disposition de la lumière par rapport au malade, elle réunit les quatre règles fondamentales de tout bon éclairage.

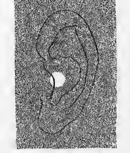


Fig. 23.

Le résultat est que l'organe à examiner, c'est-à-dire le méat auditif est éclairé par un cercle lumineux petit et très brillant.

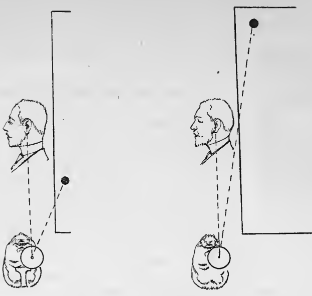


Fig. 24.
Mauvaise disposition de la lumière, située sur un plan trop antérieur.

Fig. 25.
Mauvaise disposition de la lumière, trop éloignée.

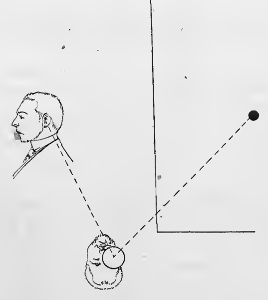


Fig. 26.
Mauvaise disposition de la lumière et du malade, trop distants l'un de l'autre.

1° ***A sa gauche***, parce que le médecin étant assis vis-à-vis du malade, il lui est plus aisé de prendre les instruments sur la table avec la main droite. Et en outre, l'œil ne sera pas ébloui par les rayons lumineux, il restera dans l'ombre.

Fig. 27.
Éclairage défectueux résultant de la mauvaise situation de la lumière (fig. 24, 25, 26).
Conséquence : le cercle lumineux est *très grand*, *pâle* et *flou*.

2° ***Au niveau de la tête*** et ***un peu au-dessus*** de l'oreille.

3° ***Le plus près possible***, de façon à ce que l'intensité de la lumière réfléchie soit plus grande.

Cela résulte de la théorie optique des miroirs concaves qui a été exposée précédemment. Il est extrêmement simple de la vérifier en pratique : il suffit de rapprocher ou d'éloigner successivement le foyer lumineux du point à examiner, pour voir que celui-ci s'éclaire d'autant mieux que la lumière est plus proche (fig. 23).

4° ***Un peu en arrière***, pour obtenir un meilleur éclairage encore.

3° *COMMENT LE MÉDECIN PLACERA-T-IL LE MIROIR FRONTAL*

Le miroir sera bien assujetti sur la tête, la plaque frontale au milieu du front *sur* les arcades sourcilières, les deux pelotes en caoutchouc appliquées à la racine du nez.

Le miroir sera placé *devant la figure* du médecin et *du côté de la source lumineuse*, c'est-à-dire sur la joue droite si la lumière est à gauche.

Doit-on regarder avec un ou avec les deux yeux ?

Tout d'abord le médecin regardera avec l'œil droit, à travers l'orifice central du miroir, en faisant pivoter la glace autour de son articulation avec la main droite, au besoin en fermant l'œil gauche, jusqu'à ce que le point à examiner soit bien éclairé. A ce moment ouvrez l'œil gauche et avancez-vous ou éloignez-vous jusqu'à ce que la tache lumineuse soit bien nette.

La vision binoculaire est la seule qui donne la sensation de relief, elle devra donc presque toujours être employée pour l'examen du pharynx et du larynx. Mais elle est impraticable dans l'otoscopie et la rhinoscopie, en raison de l'étroitesse des conduits. D'où les grossières erreurs de perspective commises par les débutants : ils devront faire une véritable éducation des sens pour apprécier les distances.

Que faire de l'œil gauche? — Le fermer au début, mais pas longtemps car il en résulte rapidement une grande fatigue, en raison de la contraction synergique de l'autre œil. Mieux vaut le tenir ouvert par la suite, l'annihiler en quelque sorte, comme dans l'examen au microscope.

Les *myopes*, les *hypermétropes*, les presbytes, conserveront leur binocle ou leurs lunettes derrière le miroir frontal, pour corriger leur réfraction.

Exercices d'éclairage pour les débutants.

L'éclairage est souvent difficile, la perspective difficile à appré-

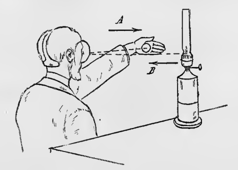


Fig. 28. — Exercices d'éclairage pour les débutants.

Assis à côté d'une table sur laquelle repose une lampe, le miroir sur le front, en le manœuvrant de la main droite, en le faisant tourner autour de son articulation, le médecin *éclairera sa main gauche*. En projetant les rayons lumineux sur la paume de la main, on verra une *tache lumineuse* qui variera d'*intensité* et de *grandeur* selon que l'on rapprochera ou que l'on éloignera la main.

cier, l'interprétation de l'image défectueuse, aussi fréquemment l'étudiant et le médecin se rebutent, se contentent d'un « demi-examen », en quelque sorte, quand ils n'abandonnent pas la partie.

Pour bien voir, il faut :

1° Avoir constamment à l'esprit, au début de tout examen, *les quatre règles fondamentales* de l'éclairage ;

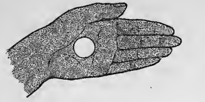


Fig. 29. — Tache lumineuse *nette* : la lumière est « au point. »

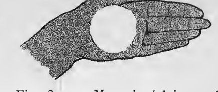


Fig. 30. — Mauvais éclairage, la tache lumineuse est « flou », ses contours mal dessinés.

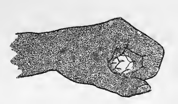


Fig. 31. — Exercice d'éclairage avec la main demi-fermée.



Fig. 32. — Exercice d'éclairage avec une clef. — Il faut chercher à éclairer l'orifice.

2° Bien fixer le miroir sur le front et au-devant de l'œil droit ;
3° Faire des *exercices d'éclairage* (fig. 28).

CHAPITRE I

MALADIES DE L'OREILLE

I. — NOTIONS D'ANATOMIE

Il importe peu au praticien de connaître la structure de la muqueuse de l'oreille ou l'histologie des fibres de Corti, pour savoir examiner un tympan, traiter une otite moyenne aiguë, une otorrhée chronique. Il suffit de quelques notions indispensables

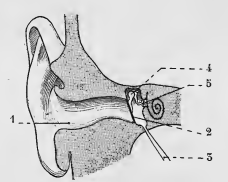


Fig. 33. — Anatomie de l'oreille.

1. Conduit auditif externe. — 2. Tympan. — 3. Trompe d'Eustache. — 4. Marteau. — 5. Enclume.

pour comprendre un symptôme, un procédé thérapeutique, interpréter une image tympanique.

Il existe, au point de vue anatomo-physiologique :

1° Un appareil de réception du son, représenté par l'oreille externe et constitué par le *pavillon* et le *conduit auditif*;

2° Un appareil de transmission : l'oreille moyenne ou *caisse du tympan*;

3° Un appareil de perception : l'*oreille interne.*

A. — *L'OREILLE EXTERNE*

Elle comprend : le *pavillon*, le *conduit auditif externe.*

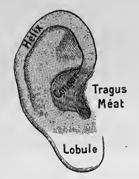


Fig. 34. — Le pavillon.

Le lobule est purement cutané. Toute la partie supérieure, ombrée, est constituée par le *cartilage* de l'oreille recouvert de téguments sur les deux faces.

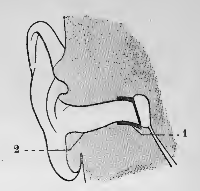


Fig. 35. — Le conduit auditif.

Le conduit auditif externe est *osseux* (1) dans la profondeur où il fait partie du rocher; *cartilagineux* (2) en dehors, d'où la mobilité du pavillon.

La *direction* du conduit n'est pas rectiligne, mais présente une *double courbure* qui empêche de voir le tympan, en se plaçant au méat; il est donc nécessaire. pour redresser cette courbure, d'employer un *speculum.*

Fig. 36.

Avant d'introduire le speculum auris, on *redressera la courbure du conduit auditif*, c'est-à-dire la partie mobile cartilagineuse, *en tirant le pavillon en haut et en dehors.*

Exceptionnellement chez certains sujets, le conduit est rectiligne, et en éclairant le méat on apercoit du même coup le tympan.

PAVILLON

Le schéma 34 indique ce qu'il est indispensable de savoir au point de vue anatomique.

CONDUIT AUDITIF

Au point de vue pathologique, les rapports qu'affecte le conduit

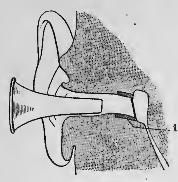


Fig. 37.

Le conduit auditif étant bien redressé, grâce à la traction exercée sur le pavillon, le speculum est introduit. On ne l'enfoncera pas jusqu'au conduit osseux (1), car ce contact serait douloureux pour le malade.

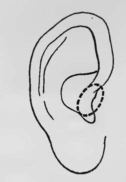


Fig. 38. — Forme du conduit.

Elle n'est pas cylindrique, mais ovalaire, elliptique.

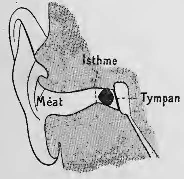


Fig. 39. — Calibre du conduit.

Il n'est pas régulièrement cylindrique, il existe un point rétréci à l'union du canal osseux et du canal cartilagineux. Cette particularité anatomique explique la difficulté de désenclavement d'un corps étranger, dur, qui a franchi le détroit, c'est-à-dire l'*isthme*, après une tentative maladroite d'extraction. L' « accouchement » à travers ce col rétréci devient très difficile.

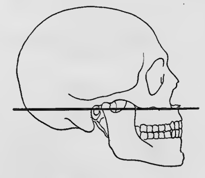


Fig. 40. — Coupe de crâne, *horizontale*, passant par le condyle du maxillaire, le conduit auditif et le rocher, pour montrer les rapports du conduit et faciliter l'explication de la fig. 41.

auditif *avec les organes de voisinage* sont très importants et ils expliquent certaines complications des otites suppurées : para-

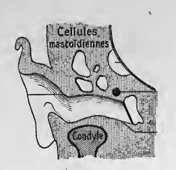


Fig. 41. — Connexions des parois antérieure et postérieure du conduit.

Les rapports de la paroi antérieure du conduit avec l'*articulation temporo-maxillaire*, expliquent :

1° Les *mouvements du condyle* de la mâchoire, que l'on perçoit, en plaçant le doigt au-devant du tragus;

2° Les *douleurs de la mastication* dans les affections du conduit.

Les rapports de la paroi postérieure du conduit auditif avec l'*apophyse mastoïde*, expliquent les *paralysies faciales* dans les otites et mastoïdites suppurées, et les *fistulisations* dans le conduit des suppurations mastoïdiennes.

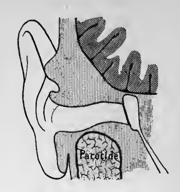


Fig. 42. — Connexions des parois supérieure et inférieure du conduit.

La paroi supérieure du conduit répond à la *fosse cérébrale moyenne*, la paroi inférieure correspond à la loge parotidienne.

Déduction clinique : ouverture des parotidites suppurées sur la paroi inférieure du conduit. Éviter l'erreur de diagnostic avec une fistulisation d'otite moyenne.

lysies faciales otogènes, fistulisations dans le conduit des mastoïdites et des parotidites.

B. — *L'OREILLE MOYENNE* OU *CAISSE DU TYMPAN*

Voici quelques détails anatomiques très sommaires, qui font comprendre le mode d'infection de l'oreille moyenne, c'est-à-dire la pathogénie des *otites* et la propagation de la suppuration aux cavités voisines : *mastoïdites*, *méningite*, *phlébite du sinus*, etc.

L'oreille moyenne est une cavité, une sorte de petit *tambour* dont les deux parois sont déprimées : on dirait une lentille biconcave. Cette cavité est remplie d'air et renferme la *chaîne des osselets*, qui s'appuie d'une part, sur le fond de la caisse; de l'autre, sur le tympan. Cette chaîne met en relations le tympan, qui vibre, avec une autre petite membrane qui ferme la fenêtre ronde, c'est-à-dire l'entrée de l'oreille interne.

Le tympan *sépare l'oreille moyenne du conduit auditif* : c'est la paroi externe du tambour. C'est une *membrane* très *mince*,

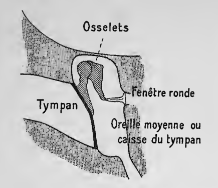


Fig. 43. — Oreille moyenne ou caisse du tympan.

Elle contient la chaîne des osselets. Une des extrémités de la chaîne est enchâssée dans le tympan, tandis que l'autre s'enfonce dans l'oreille interne. Cette cavité pneumatique est le siège des otites moyennes.

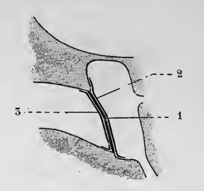


Fig. 44. — Tympan.

Le tympan (1) est une membrane fibreuse, rigide, tapissée du côté de l'oreille moyenne par une muqueuse (2); du côté du conduit auditif, par un revêtement cutané (3).

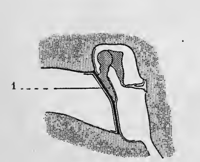


Fig. 45. — Le marteau.

Le manche du marteau (1) est enchâssé, inclus dans l'épaisseur de la membrane tympanique; d'où la transmission des vibrations de la membrane à la chaîne des osselets et à l'oreille interne.

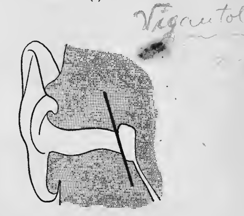


Fig. 46. — Direction du tympan par rapport au conduit.

La *direction* du tympan, par rapport au conduit, n'est pas perpendiculaire, mais légèrement oblique.

très *résistante*, *fibreuse*, *circulaire*, non pas verticale, mais légèrement *oblique* et inclinée par rapport à l'axe du conduit.

Au chapitre de la technique de l'otoscopie, nous verrons quel est l'aspect objectif de la membrane, vue au fond du speculum.

La *paroi interne* de la caisse du tympan est formée par le *labyrinthe*. Retenez au point de vue pathologique et physiologique les seuls points suivants : il existe sur cette paroi *deux orifices qui font communiquer*

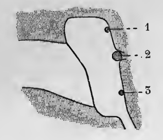


Fig. 47. — Paroi interne de la caisse du tympan (vue de profil).

1. Aqueduc de Fallope et nerf facial. — 2. Fenêtre ovale. — 3. Fenêtre ronde.

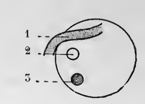


Fig. 48. — Paroi interne de la caisse (vue de face.)

1. Aqueduc de Fallope. — 2. Fenêtre ovale. — 3. Fenêtre ronde.

l'oreille moyenne avec l'oreille interne; ce sont, la *fenêtre ovale*, dans laquelle s'appuie l'*étrier*, et la *fenêtre ronde*. D'autre part, le canal de Fallope, qui loge le *nerf facial*, est contenu dans cette paroi, sa coque est extrêmement mince, d'où l'explication des paralysies faciales fréquentes au cours des otites, si l'os est détruit. Et enfin, si vous vous

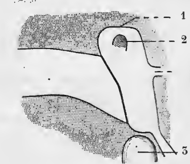


Fig. 49. — Connexions de l'oreille moyenne. (Coupe verticale et transversale de la tête passant par le pavillon, le conduit, la caisse.)

Elle est environnée, sur ses parois, de quatre organes importants : En haut, les *méninges* et le *cerveau* (1). — En bas, le *golfe* de la veine jugulaire (3). — En arrière, un orifice, l'*aditus* (2), fait communiquer la caisse avec l'apophyse mastoïde.

rappelez les nombreux canaux qui sillonnent l'oreille interne, en communication à la fois avec la caisse du tympan, par les fenêtres, et avec l'endo-crâne par les orifices qui criblent les versants antérieurs et postérieurs du rocher, vous comprendrez la propagation du pus des otites à travers le labyrinthe et la fréquence des méningites otogènes.

Quelques mots enfin sur des organes qui se rattachent à l'oreille moyenne : les osselets, la trompe d'Eustache, l'apophyse mastoïde.

Les osselets. — Ils constituent une chaîne, qui transmet les vibrations du tympan à l'oreille interne. Le *marteau* est inclus, par son manche, dans le tympan ; l'*enclume* lui fait suite, et s'articule avec l'*étrier* profondément enchâssé dans la fenêtre ovale.

Tous ces osselets sont logés dans un diverticule de la caisse du tympan, qu'on appelle l'*attique*, de telle sorte que même si le tympan est détruit en totalité, on n'aperçoit que leurs extrémités inférieures.

Les osselets jouent un grand rôle dans la physiologie de l'ouïe, et leur carie entretient des otorrhées interminables qui ne cessent qu'avec leur ablation.

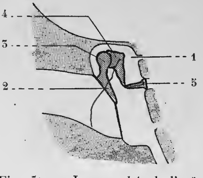


Fig. 50. — Les *osselets* de l'ouïe logés dans l'attique.

1. Attique.— 2. Manche du marteau. — 3. Tête du marteau. — 4. Enclume. — 5. Étrier.

La trompe d'Eustache. — C'est un canal long de 3 centimètres, qui fait communiquer l'oreille moyenne avec l'arrière-nez et se dirige en bas. L'orifice tympanique n'est pas situé au niveau du plancher de la caisse, mais un peu en haut, circonstance défavorable pour le drainage, quand l'oreille moyenne renferme du liquide, sérosité ou pus. La trompe d'Eustache assure l'aération de la caisse tympanique, de telle sorte que l'air conte[illegible] intérieur de celle-ci est à la même pression que l'air extérieur.

L'Apophyse mastoïde. — Elle forme ce relief osseux que l'on perçoit en arrière du pavillon. Elle est constituée par un ensemble de

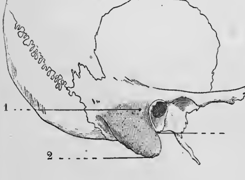


Fig. 51. — Apophyse mastoïde.

1. *Base* de l'apophyse ; à 1 centimètre et demi de profondeur se trouve l'antre qui communique avec l'oreille moyenne. — 2. *Pointe* de la mastoïde.

Fig. 52. — La caisse du tympan (1) communique avec l'apophyse mastoïde (3) par un canal osseux ou aditus (2).

cellules osseuses, communiquant presque toujours les unes avec les autres : l'une, la plus grande, dénommée l'**antre** mastoïdien, occupe une situation à peu près constante et est située au niveau de la base, en haut; elle communique avec l'oreille moyenne par un petit canal osseux,

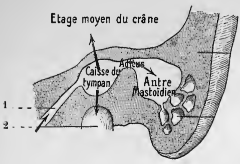


Fig. 53. — La marche du pus dans les otites.

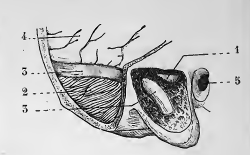
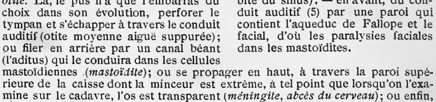


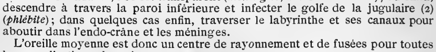
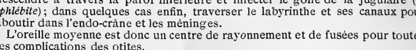
Fig. 54. — Connexions de la mastoïde.

Voici ce qui se passe dans les otites suppurées :

L'inflammation du nez ou de la gorge se propage de bas en haut, par la trompe d'Eustache, dans l'oreille moyenne (1) : *otite*. Là, le pus n'a que l'embarras du choix dans son évolution, perforer le tympan et s'échapper à travers le conduit auditif (otite moyenne aiguë suppurée); ou filer en arrière par un canal béant (l'aditus) qui le conduira dans les cellules



mastoïdiennes (*mastoïdite*); ou se propager en haut, à travers la paroi supérieure de la caisse dont la minceur est extrême, à tel point que lorsqu'on l'examine sur le cadavre, l'os est transparent (*méningite, abcès du cerveau*); ou enfin, descendre à travers la paroi inférieure et infecter le golfe de la jugulaire (2) (*phlébite*); dans quelques cas enfin, traverser le labyrinthe et ses canaux pour aboutir dans l'endo-crâne et les méninges.

L'oreille moyenne est donc un centre de rayonnement et de fusées pour toutes les complications des otites.

En haut l'apophyse est séparée des méninges et du cerveau (4) par une mince lame osseuse (1); — en dedans, du cervelet (2) et du sinus latéral (3) (abcès cérébelleux, phlébite du sinus); — en avant, du conduit auditif (5) par une paroi qui contient l'aqueduc de Fallope et le facial, d'où les paralysies faciales dans les mastoïdites.

l'*aditus*; d'où la propagation fréquente des otites à la mastoïde. En outre, cet antre qui doit toujours être ouvert, en premier lieu, *dans la trépanation mastoïdienne*, puisque c'est le réservoir du pus, le point de départ de l'infection osseuse à toutes les autres cellules, est situé à 1 centimètre et demi environ de profondeur.

La **gravité** des mastoïdites s'explique par les connexions de l'apophyse avec les organes voisins.

C. — *L'OREILLE INTERNE*

C'est l'appareil de perception de l'organe auditif, elle se trouve logée *dans le rocher*. Vos souvenirs d'antan, de baccalauréat, vous rappelleront qu'elle comprend trois parties : le *vestibule*, les *canaux semi-circu-*

laires, le *limaçon*, remplies de liquide. Le limaçon renferme les cellules sensorielles, ou *organe de Corti*, dernière ramification du nerf auditif.

Mais voici une grande DÉDUCTION PATHOLOGIQUE à retenir, au point de vue pratique médicale : l'oreille interne est sillonnée de canaux aboutissant aux fenêtres ronde et ovale d'une part, c'est-à-dire dans la caisse du tympan, d'autre part à des orifices situés à la surface interne du rocher dans l'intérieur du crâne. Il suit de là que fréquemment, le pus des otites se propage à travers ces canalicules osseux, aux méninges, au cerveau et au cervelet.



Fig. 55. — L'oreille interne.

1. Le limaçon. — 2. Les canaux semi-circulaires.

Fig. 56. — Base du crâne vue par en haut.

Ce schéma indique un des modes de propagation des suppurations de l'oreille, à travers le labyrinthe, jusqu'à la face postérieure du rocher (2).

L'infection, au lieu de s'éliminer par le conduit auditif (1), suit le trajet des nerfs et des orifices qui sillonnent le rocher, d'où méningites et complications intra-crâniennes des otites.

II. — PHYSIOLOGIE DE L'OREILLE

Le pavillon recueille les sons, les canalise par le conduit auditif externe au tympan qui entre en vibration. Celle-ci se communique alors à la chaîne des osselets, puisque le premier os de la chaîne, le marteau, est enclavé dans la membrane. La vibration de l'étrier, dans la fenêtre ovale, imprime une oscillation au liquide de l'oreille interne, et vient frapper les cils vibratiles de l'organe de Corti, terminaisons du nerf auditif. Ce dernier, à son tour, va transmettre les sons aux centres auditifs contenus dans le cerveau et c'est ce dernier qui « traduira » en quelque sorte le son perçu en une « impression » : l'audition.

Rôle du tympan. — Pour le profane, il est nécessaire à l'audition : d'où l'effroi des malades quand on leur propose l'ouverture du tympan au cours d'une otite !

Et cependant, l'audition peut être excellente, malgré une petite perforation ou même avec une destruction totale de la membrane. C'est que la *chaîne des osselets est intacte.* Quelques malades même n'ont *ni tympan, ni osselets,* et *entendent.* Pourquoi ? Parce que la fenêtre ovale et le labyrinthe sont normaux et reçoivent directement la vibration. Il arrive parfois que l'auriste « *crève* »

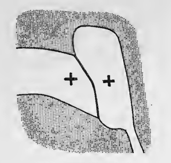


Fig. 57. — Aération de l'oreille moyenne.

L'air contenu dans la caisse du tympan est en équilibre avec la pression atmosphérique qui s'exerce sur la face extérieure du tympan, par conséquent ce dernier subit la même pression sur ses deux faces. La trompe d'Eustache sert donc de régulateur.

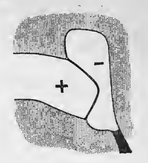


Fig. 58. — Raréfaction de l'air contenu dans l'oreille moyenne.

Que la trompe soit obstruée par une inflammation, l'air contenu dans l'oreille moyenne se résorbe, le tympan est alors refoulé du côté où la pression est moindre, c'est-à-dire dans la caisse. Par suite, rétraction de la chaîne des osselets, gêne dans la vibration de l'air et dans la transmission du son : surdité. On peut, dans quelques cas, rétablir la pression de l'air dans l'oreille moyenne, au moyen d'une forte expiration, par exemple en soufflant fortement, la bouche et le nez étant fermés (épreuve de Valsalva).

systématiquement le tympan à certains sourds pour les faire entendre, parce que la membrane est trop épaisse pour vibrer.

Ce serait toutefois un paradoxe de soutenir que le tympan est inutile. L'ouïe est meilleure avec un tympan normal. Celui-ci a, en outre, un rôle de protection contre les infections exogènes.

Rôle de la caisse du tympan. — Nous avons vu qu'elle est remplie d'air amené par la trompe d'Eustache ; cet air est indispensable, il vibre, et sa vibration se transmet à l'oreille interne par les fenêtres ovale et ronde.

Rôle de l'oreille interne. — Rappelons simplement que les

canaux semi-circulaires *règlent l'équilibre* du corps et donnent la *notion de l'espace.*

Perception par voie aérienne. — Perception par les os du crâne. — Normalement, les vibrations sonores sont trans-

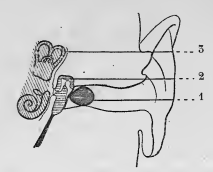


Fig. 59. — Schéma du mécanisme de la surdité basé sur l'étude anatomo-physiologique de l'oreille.

a. — Surdité par lésions de l'oreille externe (1) : cérumen, corps étranger, eczéma....
b. — Surdité par lésions de l'oreille moyenne (2) : otite aiguë, otorrhée chronique, catarrhe de la trompe d'Eustache et otite moyenne catarrhale chronique consécutive.
c. — Surdité par lésions de l'oreille interne (3) : otite scléreuse, labyrinthites.

mises par l'air, à travers le conduit auditif et la caisse du tympan, à l'oreille interne : c'est la *transmission par voie aérienne.* Mais, d'autre part, les oreilles étant bouchées, on perçoit la montre, le diapason, appliqués sur le crâne. C'est qu'il existe, en effet, une transmission du son à l'oreille interne *par les os du crâne.* Cette épreuve est négative chez certains sourds.

III. — EXAMEN CLINIQUE

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

Des diagnostics et des traitements, réflexes en quelque sorte, absolument illogiques. Par exemple :

Vous êtes sourd : mettez de la glycérine phéniquée dans l'oreille et faites des lavages à l'eau boriquée.... Vous reviendrez dans quinze jours.

Vous avez mal à l'oreille : un peu de laudanum, un ouataplasme et vous repasserez après-demain.

Vous avez des bourdonnements : prenez une cuiller à soupe de bromure de potassium dans une infusion, le soir, avant de vous coucher. S'agit-il d'une cliente, quelques douches et... un régime, bien entendu.

Est-ce un écoulement d'oreille chez un enfant? ce n'est rien, cela se passera en grandissant ; faites-lui de bons lavages, donnez de l'huile de foie de morue cet hiver, du sirop iodo-tannique pendant l'été, et fortifiez-moi cet enfant-là.

Vous avez des vertiges : c'est de la dyspepsie. Vous boirez de l'eau de Vichy, suivrez un régime, pas de café, et nous allons attaquer cet estomac.

Et le plus navrant, dans toutes ces thérapeutiques, c'est qu'elles ont été prescrites, *sans examen préalable de l'oreille.*

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Suivre la même ligne de conduite, en otologie, qu'en médecine générale. Vous ne traiterez pas un pleurétique, sans l'avoir percuté, ausculté; un rénal, sans avoir fait un examen d'urine, etc.

Ici, de même.

A. — INTERROGATOIRE

Vous interrogerez donc le sujet sur chacun des troubles dont il se plaint, vous les analyserez en détail, — et la chose est souvent difficile, même avec les malades les plus intelligents. Ils sont fort loquaces, déploient des petits papiers, des notes qu'ils ont prises sur « leur cas », pour bien « vous faire comprendre », et ils interprètent tous leurs symptômes avec un luxe de détails et d'images, qui n'a d'égale que votre patience à les écouter. C'est le « sang », dit l'une, qui se porte à la tête; c'est « mon retour d'âge »; c'est l'arthritisme, dit gravement l'autre, — ne croyant pas si bien dire. Et j'en passe, des meilleures.

Laissez le flot de paroles s'écouler. Mais, en médecin averti, cherchez la raison des symptômes. Pourquoi votre malade est-il sourd? a-t-il une otorrhée?

Souvenez-vous :

1° Que l'oreille moyenne communique par la trompe d'Eustache

avec des cavités annexes : nez et pharynx, dont les inflammations peuvent s'y propager;

2° Que, comme tout organe, l'oreille peut être impressionnée par un trouble de l'état général : arthritisme, rhumatisme et névroses, etc.

Rappelez alors vos souvenirs d'hôpital, du temps où vous suiviez la visite du chef au lit du malade, et où vous appreniez à rédiger une observation.

Et alors, méthodiquement :

a) Vous analyserez le *symptôme auriculaire*, qui conduit le malade à votre cabinet : surdité, bourdonnement, écoulement, etc.

b) Vous en *rechercherez la cause* : 1° dans les organes voisins (nez ou pharynx); 2° dans l'état général; de façon à établir un diagnostic précis et par suite une thérapeutique rationnelle.

A. — *POURQUOI LE MALADE VIENT-IL CONSULTER ?*

C'est pour l'un des symptômes suivants :

Surdité.
Bourdonnements.
Écoulement purulent.
Vertiges.
Douleurs.
Rarement une paralysie faciale.

1. ***Surdité.*** — C'est le cas le plus frequent.

Soyez clinicien et procédez différemment dans votre interrogatoire, selon l'*âge* du malade :

Dans le **bas âge**, chez l'enfant de dix-huit mois, deux ans, deux ans et demi : c'est la nourrice qui vous renseignera, vous apprendra que le bébé ne tourne pas la tête quand on fait du bruit : *méfiez-vous alors de la surdi-mutité.* (Voir p. 146).

Si l'enfant est un peu plus âgé, a trois ou quatre ans, les parents vous apprendront parfois qu'il avait « commencé à parler », puis qu'il a cessé. En réalité, l'enfant est devenu sourd et a cessé de parler parce qu'il n'entendait plus (surdi-mutité acquise).

Pour l'**enfant** de quatre à quinze ans environ, vous serez consulté parce que, à l'occasion de *rhumes de cerveau*, il accuse des *douleurs d'oreille*, quelquefois même l'*oreille coule*. Et la mère, surtout la grand'mère, ajouteront : il est parfois *distrait*, il

n'écoute pas, ne fait pas attention — d'où punitions et taloches paternelles.

En réalité, l'enfant au cours de rhinites, d'adénoïdites ou d'angines, présente des poussées d'otite catarrhale ou suppurée, avec périodes de *surdité*. De cela, vous ne convaincrez les parents, sceptiques ou rétifs, qu'en faisant les épreuves de l'audition chez leur enfant (voir p. 44). Ils sont alors tellement terrifiés par ce résultat, qu'ils vous demandent séance tenante d'enlever les végétations ou les amygdales, cause de la surdité. La grand'mère seule est rébarbative : « J'ai été comme mon petit-fils et cela s'est passé; ma fille, du reste, a été un peu dure d'oreille.... » Propos qui font la joie de l'auriste.

La **jeune fille** présente une forme de surdité assez fréquente et bien spéciale, caractérisée par la sclérose primitive de l'oreille interne, sans lésion de l'oreille externe. Vers l'âge de dix-huit ans, elle commence à devenir sourde et l'infirmité va en s'aggravant avec l'âge, sans autres symptômes que des bourdonnements parfois; si elle se marie, la grossesse, l'allaitement aggravent considérablement la surdité.

Est-ce le cas de lui formuler l'adage connu : « Jeune fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement »?

A la période de l'**adolescence** ou dans l'**âge mûr**, le malade vous exposera que la surdité s'est installée à la suite de coryzas répétés, d'angines, après un tir d'arme à feu ou consécutivement à une maladie générale ou infectieuse, etc. Parfois, il a eu des sourds parmi ses ascendants. Méfiez-vous, il s'agit souvent d'otites catarrhales chroniques qui évolueront vers la sclérose.

C'est ici que l'interrogatoire est important. Efforcez-vous de savoir si l'*une* ou les *deux oreilles* sont atteintes, quel a été le *mode de début*, *rapide* ou *progressif*; en effet, un bouchon de cérumen détermine une surdité subite, alors que la sclérose évolue lentement; le *degré* de la surdité. Mais bien malin vous serez, si vous obtenez des réponses précises à vos questions. Fut-il sourd au maximum et ramasse-t-il le pavillon avec la main pour en faire un cornet acoustique artificiel, le malade vous déclare qu'il est simplement *un peu dur d'oreille*, qu'il *entend haut* mais qu'il ne *perçoit pas sa montre*. La jeune femme n'ose avouer l'infirmité et vous déclare qu'elle a « l'oreille un peu bouchée », une « sensation de coton »....

Certains sujets ne perçoivent pas les sons aigus (indice de

l'altération de l'oreille interne), d'autres les sons graves (lésions de l'oreille moyenne ou externe).

Des altérations de l'ouïe sont assez curieuses et fréquentes ; ainsi, le fait de certains sourds qui entendent mieux au milieu du bruit, en chemin de fer, en voiture, que dans un endroit silencieux : c'est la *paracousie de Willis* (phénomène qui n'a pas d'explication physiologique).

D'autres entendent un son avec deux tonalités différentes (*diplacousie*). Parfois, le bruit est perçu d'une façon exagérée, désagréable (*hyperacousie*) : c'est l'indice d'un trouble de l'oreille interne.

2. ***Bourdonnements.*** — Ils coexistent parfois avec la surdité. Très incommodants souvent, en raison de leur intensité, ils constituent une *véritable maladie*. Ils ont un timbre très différent : bruit de *coquillage*, *sifflements*, *ébullition* de l'eau, etc. Ils sont dus à un trouble circulatoire du labyrinthe, peuvent être produits par un simple bouchon de cérumen placé au contact du tympan, par une otite, la sclérose, etc. Parfois ils sont isochrones aux pulsations artérielles et le malade entend le *pouls dans l'oreille*.

3. L'***écoulement purulent*** ou ***otorrhée***, doit retenir longuement votre attention. Le malade n'y attache aucune importance, il ne vient presque jamais consulter pour ce « petit suintement », mais pour la surdité. Il l'a même respecté, cet écoulement, c'est un émonctoire naturel; quelquefois, cependant, dans un essai de conscience, il l'a irrigué pendant des années, avec des fleuves d'eau boriquée.

Quoi qu'il en soit, renseignez-vous sur les **caractères** de cette pyorrhée.

Est-elle *récente* (otite moyenne aiguë), ou *chronique* « goutte militaire auriculaire ». Date-t-elle de l'enfance? Est-elle survenue après une grippe, une maladie éruptive, rougeole, scarlatine? A-t-elle été déjà soignée?

Est-elle *fétide* (otorrhée chronique, avec ou sans carie osseuse)? Est-elle *teintée de sang*? (présence de polypes dans l'oreille), ou muqueuse, albumineuse, filant comme du blanc d'œuf (c'est une otite aiguë en voie de guérison).

Est-elle extrêmement *abondante*, jaunâtre, au cours d'une otite aiguë? (Prenez garde, cette pyorrhée provient de l'apophyse, il y a une mastoïdite).

Si elle est très *intermittente*, réapparaissant chez l'enfant à

chaque rhume de cerveau? très probablement il y a des végétations adénoïdes en cause.

Cet écoulement a-t-il *cessé brusquement*, alors qu'une douleur en arrière de l'oreille est apparue avec fièvre, céphalée? (vous avez affaire à une rétention purulente, à une mastoïdite).

Voilà les principaux caractères de la suppuration otogène : connaissez-les bien, afin d'éviter des mécomptes.

4. ***Vertiges***. — Voici un symptôme assez fréquent : rarement il est rapporté à sa véritable cause, mais plutôt à l'estomac. Combien de pseudo-dyspeptiques ont fait des cures à Vichy, suivi des régimes, pris des pâtes et des purées, alors que ce sont des vertigineux auriculaires.

5. La ***douleur***, l'***otalgie*** est un symptôme qui doit être bien analysé. Aussi *ferez-vous toujours l'otoscopie* pour rechercher si

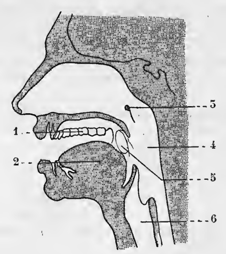


Fig. 60. — Les différents points de départ de l'otalgie réflexe.

L'otalgie réflexe, ou névralgie auriculaire, s'explique par les connexions nerveuses de l'oreille avec les organes voisins ou à distance (pneumogastrique, trijumeau, etc.).

1. Origine dentaire de l'otalgie (carie, etc.). — 2. Origine linguale (douleurs d'oreille dans les ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, etc.). — 3. Trompe d'Eustache dont le contact avec les végétations adénoïdes explique la fréquence des douleurs d'oreille chez les enfants. — 4. Pharynx. — 5. Amygdales (otalgie très fréquente, au cours des amygdalites, phlegmons, tuberculose pharyngée, etc.). — 6. Otalgie réflexe, d'origine laryngée, très fréquente dans la tuberculose et le cancer.

cette otalgie est due à une *lésion auriculaire* (otite moyenne, furoncle, etc.), ou d'*ordre réflexe* (carie dentaire, angine, tuberculose, cancer du larynx, etc.).

Que d'instillations de baume tranquille ou de glycérine calmante eussent été évitées par un simple examen de l'oreille avec le speculum.

6. Enfin, chaque fois que vous serez en présence d'une ***paralysie faciale*** avec ou sans douleurs d'oreille, prenez vite un speculum, afin de rechercher si elle ne reconnaît pas une origine auriculaire : *otite* (même catarrhale), *otorrhée compliquée*. N'oubliez jamais que, traitée à temps, une paralysie faciale otique guérit presque toujours.

B. — *QUELLE EST LA CAUSE DU SYMPTOME AURICULAIRE?*

Le malade a exposé l'*objet de sa consultation*, vous l'avez *interrogé sur tous les symptômes*. Reste à connaître la cause.

Je prends un exemple tiré de la pathologie générale : le rein. Il peut être infecté par deux mécanismes : 1° par *voie ascendante*, et cela résulte de sa communication avec la vessie; cystite, urétérite, pyélite, néphrite, telle est la marche de l'infection. Tous les anciens chaude-pissards, tirant à la remorque une vieille goutte militaire peuvent risquer une propagation cysto-rénale; 2° d'autre part, la *voie sanguine* : scarlatine, typhoïde, etc., peut être également suivie par l'infection. Ainsi donc, deux voies : c'est le *libre choix!*

Et dans l'interrogatoire d'un rénal, vous rechercherez toujours ces deux mécanismes d'infection.

En otologie, de même. L'oreille a pu être atteinte, soit par propagation de l'inflammation d'un organe voisin (nez ou gorge), soit par un trouble de l'état général.

a. — Est-ce une ***maladie du nez ou de la gorge***?

Le malade a-t-il de l'*obstruction nasale*? Ce qui expliquerait le défaut d'aération de l'oreille moyenne, par l'obstruction de la trompe; des *coryzas fréquents*? Dans le jeune âge, a-t-il présenté des rhinites de longue durée (indice d'adénoïdite), qui ont facilité la propagation de l'inflammation du nez à l'oreille moyenne, les otites à répétition?

A-t-il eu des amygdalites, des pharyngites, des abcès amygdaliens?

b. — Est-ce un **trouble de l'état général**?

Surtout ne demandez pas au malade, s'il est *arthritique,* car qui ne l'est aujourd'hui!... Interrogez-le sur les attributs de la diathèse, sans lui dire le mot.

Est-ce un congestif, un ralenti de la nutrition, un goutteux? Est-il rhumatisant? Voilà certes, des états diathésiques à retentissement auriculaire.

N'est-il pas albuminurique, nerveux, neurasthénique, syphilitique, tuberculeux?

Ce rapide examen n'est pas de pure forme, il peut donner la clef de certains phénomènes : bourdonnement, vertiges, surdité, dont la cause vous échapperait.

Ce préambule terminé, passez à l'examen de l'organe malade, *de l'oreille.*

B. — EXAMEN DE L'OREILLE

Il faut envisager l'*organe* et la *fonction auditive.* Vous procéderez donc ainsi :

1° D'abord, *examen du conduit auditif et du tympan*;

2° Puis, vous recherchez comment entend le sujet, vous ferez l'exploration de l'*acuité auditive*;

3° Et vous terminerez par l'examen des *cavités annexes* : trompe d'Eustache, nez, pharynx, origine fréquente des otites.

I. — *EXAMEN DE L'OREILLE EXTERNE, DU CONDUIT AUDITIF ET DU TYMPAN*

1. — *INSPECTION DE L'OREILLE EXTERNE*

Elle doit être faite, avant de se précipiter sur le speculum pour voir le tympan.

De cette façon, vous ne méconnaîtrez pas un abcès rétro-auriculaire, un décollement du pavillon dans une lymphangite furonculeuse, dans une *mastoïdite*; une fistule de l'apophyse.

Au *pavillon*, vous verrez parfois des plaques d'eczéma sec dans la conque.

Au *méat auditif*, vous pourrez apercevoir du pus, un gros

polype, un furoncle; en avant du méat, un gonflement de la région prétragienne (adénite due à une otite externe).

Et, ce faisant, vous n'aurez pas omis un gros symptôme qui « crève l'œil ». Qui ne se rappelle ce maître de l'otologie, examinant un enfant. Speculum, coton, pinces, stylet : tout entrait en jeu ; il faisait une leçon admirable sur l'otite que présentait le bébé, otite compliquée de mastoïdite. Debout derrière lui, l'entourage ne voyait qu'une seule lésion : un pavillon rouge, luisant, à peau tendue; c'était un érysipèle type, sans otite, sans mastoïdite. Le thermomètre, introduit dans l'anus, marquait en effet 41°.



Fig. 61. — Examen de l'oreille sans speculum.

Le pavillon, pris entre le pouce et l'index d'une main, est attiré en arrière, tandis que le tragus est reporté en avant avec l'index de la main opposée.

Si le maître avait eu l'esprit plus français et moins allemand, il n'eût pas commis cette erreur.

2. — *PALPER DU POURTOUR DE L'OREILLE*

Il permet de reconnaître *le siège des points douloureux* et de la *tuméfaction*, de différencier très facilement une otite externe, simple, à pronostic bénin, d'une mastoïdite.

Par exemple, le doigt révèle-t-il un point très sensible en avant du tragus, un autre sous le lobule; les mouvements imprimés au pavillon sont-ils très pénibles? Et bien, malgré l'empâtement des téguments rétro-auriculaires, qui pourrait en imposer pour une mastoïdite, vous pourrez presque à coup sûr affirmer qu'il s'agit d'une otite externe compliquée d'adénite et de lymphangite périotique.

3. — *EXAMEN DU CONDUIT AUDITIF ET DU TYMPAN*

TECHNIQUE DE L'OTOSCOPIE

Position du malade. — S'agit-il d'un enfant, asseyez-le sur les genoux d'un aide. Si c'est un enfant terrible, étendez-le sur

un lit et faites-le maintenir par trois personnes : une la tête, l'autre les épaules et les mains, la troisième les jambes.

Les nourrissons sont très difficiles à examiner, car ils « se tortillent comme de petits vers ». La mère leur maintiendra forte-



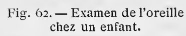


Fig. 62. — Examen de l'oreille chez un enfant.

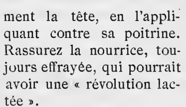


Fig. 63. — Position respective du médecin, du malade et de la lumière pour l'examen.

Technique de l'otoscopie. Examen de l'oreille gauche. Le malade est assis, tournant le dos à la lumière, la tête légèremen inclinée sur l'épaule droite.

La source lumineuse est placée à la hauteur de l'oreille, sur un plan légèrement supérieur, et un peu en arrière.

Bonne disposition de l'éclairage, l'oreille reçoit le maximum de lumière.



ment la tête, en l'appliquant contre sa poitrine. Rassurez la nourrice, toujours effrayée, qui pourrait avoir une « révolution lactée ».

Le médecin sera assis, face à l'oreille du malade.

Disposition de la lumière. — Le foyer lumineux sera placé sur une table, de manière que la *flamme* soit au *niveau, aussi près* que possible, et *un peu en arrière* de l'*oreille*. C'est le trépied fondamental de tout bon éclairage, en otologie.

A défaut de lumière artificielle, examinez l'oreille à la lumière blanche du jour.

Éclairage de l'oreille. — Projetez un faisceau lumineux sur le méat auditif au moyen du miroir frontal, (voir fig. 61, page 35); puis, avec une main, tirez le pavillon en haut et en arrière; de l'autre, portez le tragus en avant; de la sorte, le méat est élargi, vous apercevrez le conduit et apprécierez le calibre du speculum à employer. Rappelez-vous que cet instrument sert à canaliser la lumière et à redresser la courbure du canal.



Fig. 64. — Otoscopie devant une fenêtre. Eclairage de l'oreille avec la lumière du jour.

Le malade est assis. Le médecin, face à la fenêtre, éclaire l'oreille.

Surtout, bien éviter la lumière solaire qui, réfléchie et concentrée par le miroir frontal, pourrait provoquer une brûlure.

Introduisez alors le speculum. — Avec quelle main?



Fig. 65. — Speculum d'oreille.

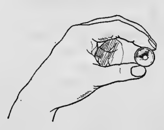


Fig. 66. — Manière de tenir le speculum.

Il doit être saisi par la circonférence de son pavillon, entre le pouce et l'index, tenu doucement, délicatement, « à peine » en quelque sorte, sans la moindre raideur.

Toujours de la main congénère à l'oreille à examiner; de la main droite, s'il s'agit d'une oreille droite, etc.

Autre conseil : chauffez-le préalablement à la flamme d'une lampe, une oreille délicate de femme vous en saura gré, elle n'aura pas le petit frisson.

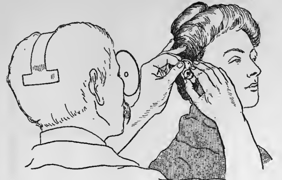


Fig. 67. — Comment on place le speculum.

Le pavillon, tenu entre le pouce et l'index, est attiré en haut et en arrière; puis le speculum est placé au méat auditif.

Jusqu'à quelle profondeur ? — Certes non pas jusqu'à la garde, c'est-à-dire jusqu'au pavillon, car je plaindrais fort le tympan du malade ! mais jusqu'à ce que, *déplaçant le speculum* par de petits mouvements d'inclinaison en tous sens, *vous apercevez le tympan.*

Ne faites pas exécuter à l'instrument des mouvements de va-et-vient, *ne le retirez pas et ne l'enfoncez pas* successivement : une fois pénétré dans le conduit, imprimez-lui des mouvements de latéralité. Supposez par exemple que le speculum, placé dans le conduit, vous montre une des parois : déplacez très doucement le pavillon, à droite ou à gauche, en suivant bien de l'œil la paroi jusqu'à sa partie la plus profonde, c'est-à-dire *jusqu'au tympan.* Presque toujours, le débutant éclaire et n'aperçoit que la paroi postérieure; donnez un coup de barre à gauche, autrement dit inclinez le pavillon du speculum de ce côté et vous apercevrez la membrane.

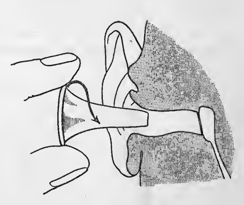


Fig. 68. — Comment on introduit le speculum.

C'est par de petits mouvements de rotation, de vrille, en quelque sorte, qu'il doit pénétrer dans le conduit, sans déterminer la moindre douleur et sans provoquer le moindre mouvement de tête ou de fuite de la part du malade.

Examinez le tympan. — Vous devez connaître tous ses

caractères, car c'est l'aspect, la coloration, l'inclinaison, qui

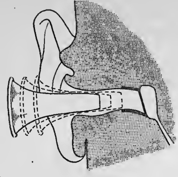


Fig. 69. — Mauvaise introduction du speculum, par des mouvements de va-et-vient.

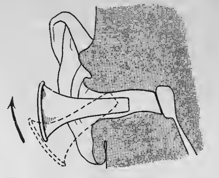


Fig. 70. — Mauvaise introduction du speculum.

Il doit être redressé dans le sens de la flèche et dirigé de telle sorte que son axe prolongé traverse la tête en passant par l'oreille opposée.

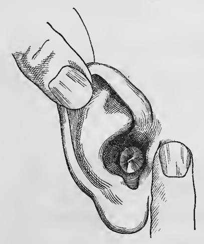


Fig. 71. — Image du tympan.

Voici le tympan tel qu'on l'aperçoit toujours dans le fond du speculum; et aussi, parfois, chez certains sujets dont le conduit auditif est très large, rectiligne. Il suffit alors de tirer légèrement le pavillon en haut et en arrière et de reporter le tragus en avant pour apercevoir la membrane tympanique.

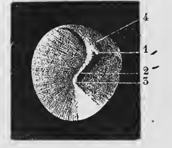


Fig. 72. — Image otoscopique. Les *points de repère* indispensables à connaître.

Il faut s'orienter vers le pôle supérieur. Voici un petit point blanc jaunâtre, pointu ou arrondi, qui fait saillie, hernie en quelque sorte, à travers la membrane : c'est la *courte apophyse du marteau* (1). De celle-ci part une sorte de languette, dirigée en bas et en arrière, le *manche du marteau* (2), descendant un peu au-dessous du centre de la membrane. De ce centre, se détache une zone brillante, le *triangle lumineux* (3) qui est dû à la réflexion des rayons lumineux à la surface du tympan. Enfin, la partie de la membrane, située au-dessus de la courte apophyse, est extrêmement mince, c'est la *membrane de Shrapnell* (4) souvent perforée pathologiquement et à travers laquelle s'écoulent les *suppurations* provenant de la partie supérieure de la caisse, c'est-à-dire de *l'attique.*

vous permettront de faire le diagnostic des otites moyennes.

Un ***tympan normal*** se présente sous l'aspect d'une **membrane presque circulaire**, d'une **coloration blanc-gris**, non verticale, mais **inclinée** par rapport à l'axe du conduit et formant avec la paroi inférieure un angle aigu.

Cet examen terminé, recommandez au malade de fermer la bouche, de pincer le nez et d'exécuter un mouvement de dégluti-

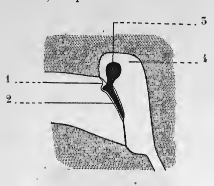


Fig. 73. — Inclinaison du tympan par rapport à l'axe du conduit auditif.

1. Membrane de Shrapnell et au-dessous, la saillie de la courte apophyse du marteau. — 2. Le manche, enchâssé et inclus dans l'épaisseur de la membrane. — 3. La tête du marteau. — 4. L'attique.

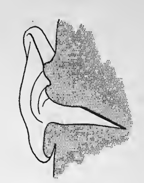


Fig. 74. — Direction du tympan chez le nourrisson.

Il est extrêmement oblique par rapport au conduit auditif. Il y a donc danger de le blesser, en introduisant le speculum trop profondément.

tion (expérience de Toynbee), vous verrez alors la membrane se déprimer : c'est que l'air s'est raréfié dans la caisse et le tympan s'est enfoncé, il est donc **mobile.**

Voilà tout ce qu'*il est essentiel de retenir sur l'aspect du tympan normal.*

Pour l'apercevoir dans sa totalité, la lumière du speculum étant très restreinte, *vous inclinerez l'instrument dans tous les sens*, autour de son axe.

Le ***tympan pathologique*** est protéiforme ; vous le verrez du reste dans la description des otites moyennes. La *coloration* est parfois **gris rosé**, et sur ce fond gris apparaissent des sillons, formés par de petites *arborescences vasculaires*, indice d'une congestion de la caisse (otite moyenne au début). Un degré de plus, et tous ces vaisseaux devenus confluents, imprimeront à la membrane une **coloration rouge** uniforme (otite moyenne confirmée).

D'autres fois, la membrane est **blanc opaque**, couleur porcelaine, par places. Ce sont des **plaques de sclérose**.

L'*inclinaison* du tympan, par rapport au conduit auditif, varie selon l'âge. Chez le **nourrisson**, la membrane est **très oblique**. Elle varie également selon la pression de l'air intra-tympanique, et les adhérences qui unissent le tympan à la paroi interne de la caisse. On voit alors une membrane rétractée, enfoncée, **concave**, et tandis que la saillie de la courte apophyse augmente, le manche

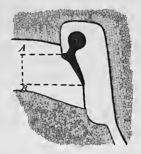


Fig. 75. — Inclinaison du tympan normal.

AB. — Hauteur du manche du marteau.

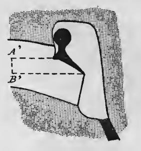


Fig. 76. — Inclinaison d'un tympan pathologique.

Il est rétracté par diminution de la pression intra-tympanique (obstruction tubaire, par exemple). — A'B' indique la hauteur du manche du marteau, vu en raccourci, et A' la saillie de la courte apophyse.

du marteau semble diminuer de longueur : il est *vu en raccourci*.

Point capital, n'omettez jamais *dans tout examen otoscopique*, de faire un *examen du tympan opposé*, afin d'avoir un élément de comparaison. C'est ainsi que la percussion thoracique est toujours bilatérale.

DIFFICULTÉS DE L'OTOSCOPIE

Elles proviennent : *a.* — Du médecin.
b. — Du malade.

Ce que le médecin doit éviter.

Ce sont les fautes et les maladresses des débutants.

Il suffit de les signaler pour ne point les commettre.

Ne jamais introduire le speculum, avant d'avoir bien éclairé

le méat auditif, sinon vous tâtonnez, vous n'y voyez pas, tout en cherchant à faire pénétrer l'instrument.

De plus, vous ne laisserez pas inaperçu un furoncle du méat et, connaissant son siège, vous ne ferez pas hurler de douleur le malade, en plaçant le speculum. Cela vous permettra, en outre, d'en prendre un, extrêmement petit, pour l'introduire dans l'oreille.

Ne pas introduire le speculum trop obliquement, car il va heurter une des parois du conduit, la postérieure presque toujours, et provoque une sensation douloureuse (le conduit est extrêmement sensible). Si certains malades, *minus habens*, se figurent qu'il faut souffrir pour être bien examiné, d'autres, et la majorité consciente, ne vous le pardonneront pas, surtout s'ils ont subi des examens antérieurs, non douloureux.



Fig. 77. — Faute d'éclairage.

Le cercle lumineux est mal dirigé, le méat auditif n'est pas éclairé, il est dans l'ombre et l'introduction du speculum est impossible.

Certains débutants cependant, un peu timorés, commettent la faute de *ne pas placer* **assez profondément** l'instrument et de ne pas exercer une traction suffisante sur le pavillon, aussi n'aperçoivent-ils que la paroi postérieure du conduit qu'ils prennent pour le tympan : c'est une faute très commune.

D'autres, **l'enfoncent trop profondément**, jusqu'au conduit osseux et « font mal » au malade. Chez l'enfant en bas âge, cette faute peut déterminer une blessure du tympan.

Enfin, ne mettez **jamais d'instrument** dans l'oreille : stylet explorateur, pince, pour enlever des débris épidermiques, du cérumen.... *Regardez, cela suffit*. Si *vous ne voyez* pas, *lavez pour nettoyer*.

Difficultés provenant du malade.

Tout en observant les règles précédentes, la tympanoscopie est parfois difficile.

1° Le malade est velu, il a une broussaille de *poils* au méat :

prenez un peu de vaseline ou un corps gras, agglutinez ces poils et la mise en place du speculum devient facile.

2° Le conduit est rétréci, atrésié.

3° Un *corps étranger*, du *pus*, du *cérumen*, etc., masque la vue du tympan : faites une injection chaude, mais rappelez-vous que le lavage va déterminer une congestion de la membrane.

4° Des *réflexes*, des quintes de *toux*, par exemple, peuvent être provoqués par la pénétration du speculum. Ce réflexe est dû à la compression de

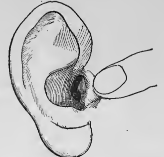


Fig. 78. — Nécessité d'examiner l'oreille, préalablement, sans instrument.

Le méat auditif est obstrué partiellement par un petit furoncle. En pareil cas, introduire *très doucement* le speculum du *plus petit calibre*, pour éviter toute douleur.

quelques filets de pneumogastrique qui se distribuent à la peau

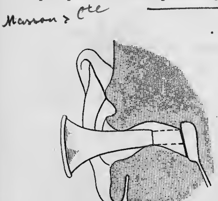


Fig. 79. — Difficulté de l'otoscopie.

Quand il y a atrésie du conduit, des exostoses, ou lorsque la paroi inférieure très coudée forme une voussure qui masque la vue de la partie antérieure et inférieure du tympan.

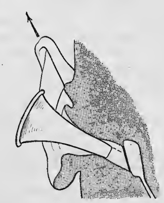


Fig. 80. — Remède.

Prendre un speculum très petit et attirer fortement en haut et en arrière le pavillon.

du conduit. Il suffit alors de retirer légèrement l'instrument pour calmer la toux.

II. — *EXAMEN DE L'ACUITÉ AUDITIVE*

Après avoir examiné le tympan, voici le moment de rechercher *comment entend le malade*, son *degré de surdité*, afin d'avoir une base précise pour apprécier ultérieurement l'amélioration ou l'aggravation de la surdité.

Rappelez-vous tout d'abord que les sons arrivent à l'oreille interne par deux voies : aérienne, osseuse. Ainsi un sourd, dont les deux tympans et les osselets sont détruits par une otorrhée chronique, perçoit encore certains sons, tels ceux transmis par le sol (voiture, claquement de porte, etc.), par la montre appliquée entre les dents ou sur le crâne. Ce sourd n'entend plus aucun bruit par voie aérienne, puisque il y a eu « sabotage des fils de conduction » (tympan et osselets) par la suppuration; mais les impressions sonores arrivent encore à l'oreille interne par voie osseuse, squelettique.

Il est souvent important pour l'auriste d'être fixé sur le degré de perception osseuse, sur ses rapports avec la perception aérienne, pour porter un diagnostic précis. Il le fera à l'aide de *modes d'exploration compliqués*, *diapasons*, *acoumètres*, etc.

Dans votre pratique journalière, bornez-vous à explorer l'acuité auditive par des *procédés simples* qui, dans l'immense majorité des cas, suffiront pour une thérapeutique de début : ainsi l'*examen à la voix* et à *la montre*.

Cette recherche doit être faite d'une manière rationnelle.

TROIS RÈGLES CAPITALES

Quelle que soit la *source sonore*, voix, montre, il faut :

1° Qu'elle *soit placée* **perpendiculairement *à l'oreille***, et à une distance suffisante, *pour que le malade ne la perçoive pas tout d'abord*; peu à peu *on la rapproche* jusqu'à ce qu'elle soit bien nettement entendue.

2° Que **le malade ait les yeux fermés**, — surtout s'il s'agit d'un enfant, — ou tout au moins qu'il regarde devant soi et non le médecin. De la sorte, toute erreur due à une illusion, est évitée; et, d'autre part, la lecture sur les lèvres devient impossible.

3° Que **chaque oreille soit examinée à part**, tandis que l'autre est fermée avec le doigt.

Ces règles sont fondamentales et chez les enfants en particulier, vous ne devez jamais les négliger.

Rappelez-vous aussi les *variations de l'ouïe*, tout à fait physiologiques : influence des repas, impressionnabilité du sujet (une femme nerveuse qui, en entrant dans votre cabinet entend relativement bien, devient presque sourde quand vous explorez son acuité auditive), etc. Voilà pourquoi il sera nécessaire, parfois, de recommencer les épreuves plusieurs fois, afin d'éviter toute cause d'erreur.

a) ***Examen à la voix.*** — Le plus important en pratique, puisqu'il indique le fonctionnement de l'oreille dans la vie courante.

Commencez d'abord par examiner la bonne oreille, ou du moins la moins mauvaise.

Recommandez au malade de répéter tout ce qu'il entend.

Vous ferez l'épreuve avec la *voix haute*, puis à la *voix basse*, en observant rigoureusement les règles précédentes.

Voix haute. — D'abord, très éloigné, vous vous rapprocherez progressivement, jusqu'à ce que le *malade répète exactement*, et



Fig. 81. — Examen de l'acuité auditive.

Le *malade* a les yeux fermés, l'oreille opposée à l'examen est obturée avec le doigt.
Le *médecin*, placé d'abord le plus loin possible, se rapproche jusqu'à ce que le sourd entende et répète tous les mots.

sans faire erreur, *tous les mots*, *chiffres*, *phrases*, que vous énoncez.

Rappelez-vous que les mots contenant des sifflantes, des voyelles ou des consonnes vibrantes (cheval, chacal, sifflet), sont beaucoup mieux perçus que ceux renfermant des nasales (maman, menu).

Voix chuchotée. — Cet examen a beaucoup *plus de valeur* et est bien plus précis que l'examen à la voix haute, car malgré

l'obturation des deux méats, les vibrations de la voix haute sont souvent perçues à la fois par les deux oreilles.

Variez les mots et les chiffres que vous prononcez, car les sons

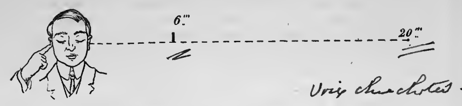


Fig. 82. — Acoumétrie.

6 mètres représentent le minimum de perception de la voix chuchotée. (Lésion grave de l'oreille, si le malade entend au-dessous de cette distance.)
20 mètres est la distance à laquelle une oreille normale entend la voix chuchotée.

aigus et les sons graves sont entendus à des distances différentes.

Une *oreille normale* perçoit la *voix basse à vingt mètres* environ, dans un appartement donnant sur une rue.

D'une manière générale, on peut dire que si le malade entend la voix basse à plus de six mètres, on peut exclure une lésion grave de l'oreille.

b) ***Examen à la montre.*** — Mode d'exploration inférieur au précédent, à moins qu'il ne soit toujours pratiqué avec la même montre. La montre est placée à une grande distance de l'oreille,

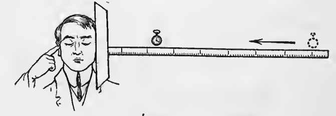


Fig. 83. — Épreuve de la montre.

Un mètre est placé perpendiculairement à l'oreille à examiner. Au-dessus de ce mètre, et *sans le toucher*, de façon à éviter la conduction du son, la montre est promenée, depuis l'infini, 3 mètres, 2 mètres, par exemple, jusqu'à un point tel que le tic-tac soit nettement perçu.
Renouveler l'épreuve 2 ou 3 fois de suite.

perpendiculairement au méat auditif, et rapprochée jusqu'à ce que le tic-tac soit constamment perçu. Sur un mètre, on notera la distance.

Il sera très important d'ajouter à la feuille d'observation du malade, les mensurations que vous avez prises, c'est-à-dire les distances auxquelles le malade entend la voix haute, la voix basse et la montre : *scripta manent.*

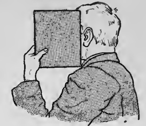


Fig. 84. — Pour éviter toute erreur d'acoumétrie, surtout chez les enfants.

Examen de l'ouïe chez les enfants. — Ici, l'exploration à la montre n'est pas de mise, car l'inattention des enfants est telle qu'un bambin vous déclarera ne pas entendre la montre, placée au contact de son oreille, alors qu'il percevra son tic-tac très nettement, si vous la cachez dans votre poche ou derrière le dos !!

Deux cas :

1° *Si l'enfant ne sait pas compter, lire.*

A 3 *ou* 4 *ans* par exemple, faites-le asseoir sur les genoux de sa mère qui lui fermera la bonne oreille, puis vous lui poserez des questions à haute voix d'abord, ensuite à voix chuchotée. La conversation, bien entendu, roulera sur des sujets familiers et appréciés : jouets, chocolats, etc.

On procédera comme chez l'adulte, c'est-à-dire en partant d'un point extrême de la pièce, pour se rapprocher peu à peu de l'oreille.

2° *Si l'enfant est plus grand, s'il sait lire, compter.*

Recherchez les épreuves auditives, à la voix haute et à la voix basse, mais n'utilisez jamais la montre, à moins de sujets particulièrement attentifs.

Règle essentielle : ne *fatiguez jamais l'attention de l'enfant*, faites des *examens très courts*, et renouvelés.

III. — *EXAMEN DES CAVITÉS ANNEXES*

Quelle est la cause de l'infirmité ?

Est-elle consécutive à une inflammation de la trompe d'Eustache? Et celle-ci ne reconnaît-elle pas comme origine une affection du nez ou de l'arrière-nez? Points très importants à résoudre pour le diagnostic et le pronostic.

a. — *Quel est l'état de la trompe d'Eustache.*

L'auriste fera cette exploration, très facilement, en insufflant



Fig. 85. — Le Valsalva.

Le « Valsalva » se réalise de la façon suivante : fermant la bouche et obturant bien les narines avec les deux doigts, le malade fait un violent effort d'expiration comme s'il voulait se moucher. Sous l'influence de cette pression, l'air comprimé dans l'arrière-nez pénètre à travers la trompe dans l'oreille moyenne et le malade entend un claquement brusque.

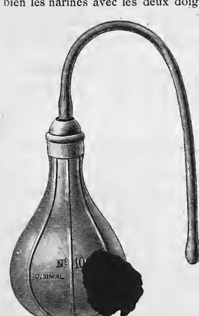


Fig. 86. — Poire de Politzer.

directement de l'air dans l'oreille moyenne par les fosses nasales, soit avec la ***poire de Politzer***, soit à l'aide du ***cathétérisme***, soit enfin par le ***procédé de Valsalva.***

Ce dernier procédé ne peut réussir que dans une trompe perméable ou à peu près; il est, en outre, impossible à exécuter par un enfant.

La *douche d'air*, par le *procédé de Politzer*, est plus efficace. Cette méthode repose sur ce fait physiologique, à savoir qu'au moment de la déglutition, la trompe s'entr'ouvre et l'air y peut plus facilement pénétrer.

Je ne décris pas ici le *cathétérisme* dont la technique un peu délicate est plutôt du ressort du spécialiste.

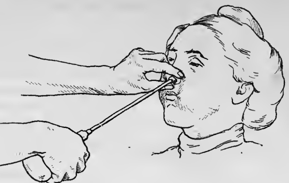


Fig. 87. — Insufflation d'air dans l'oreille moyenne, par le procédé de Politzer.

Voici comment l'auriste procède et apprend au malade à exécuter lui-même la manœuvre de la douche d'air.

Le malade prend une gorgée d'eau dans la bouche ; dans la narine correspondant à l'oreille malade, le médecin introduit l'embout de la poire de Politzer, tandis qu'il ferme hermétiquement avec le doigt de la main gauche la narine opposée. Cela fait, au moment précis où le malade avale la gorgée de liquide, il comprime vigoureusement la poire d'un coup sec et l'air contenu dans le nez s'engage dans la trompe et de là dans la caisse.

Second procédé : le sujet gonfle les joues (fig. 87) et le médecin pratique l'insufflation.

L'auriste se rend compte du *degré de perméabilité de la trompe* par l'*auscultation*, grâce à un tube de caoutchouc reliant son oreille à celle du sourd.

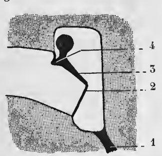


Fig. 88. — Indications de la douche de Politzer.

Le schéma représente une obstruction de la trompe d'Eustache par tuméfaction inflammatoire de ses parois, d'où salpingite (1); il en résulte une otite catarrhale avec raréfaction de l'air intra-tympanique. Par suite, affaissement du tympan, qui se rétracte (2). Le manche du marteau (3) bascule en dedans, tandis que la courte apophyse (4) fait saillie en dehors.

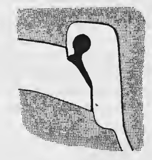


Fig. 89. — Résultats de la douche de Politzer.

État de la caisse, *après l'insufflation*. Le tympan est redressé et a repris sa position normale.

L'ouïe est cons[illegible]ent améliorée *après* la do[illegible]

La montre e[illegible]. o m. 50

La voix basse[illegible]. 3 m.

La voix haute.. [illegible] . . 8 m.

Je suppose que dans le cas particulier, par exemple, les épreuves de l'acuité auditive soient les suivantes, *avant* la *douche d'air* :

La montre est perçue à.	o m. 05
La voix basse.	o m. 25
La voix haute.	1 m. 50

Ces procédés, celui de Politzer et le cathétérisme en particulier, constituent, en même temps qu'une méthode de *diagnostic* pour l'état de la trompe, un procédé de *traitement*. Aussitôt après les avoir exécutés, le médecin fera à nouveau la recherche de l'acuité auditive et constatera souvent une amélioration considérable de l'ouïe, après désobstruction de la trompe. Ce sera donc aussi un *élément de pronostic*.

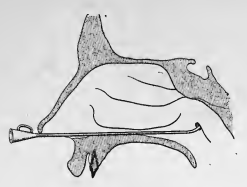


Fig. 90. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Dans la pratique, si vous n'avez pas de poire de Politzer, vous ne pourrez explorer avec certitude l'état de la trompe.

b. — *Examen du nez, du cavum et du pharynx.*

Beaucoup plus facile est cet examen qui doit ne jamais être négligé, car vous trouverez souvent dans une obstruction nasale, dans la présence de végétations adénoïdes, d'une hypertrophie des amygdales, la cause d'otites suppurées, de surdité....

Donc, rhinoscopie antérieure et postérieure, examen du pharynx seront systématiquement pratiqués.

IV. — PROCÉDÉS DE THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE PRATIQUE

Voici les procédés thérapeutiques les plus usuels, que le médecin recommandera.

Il est très important de connaître dans tous leurs *détails de technique* : 1° l'hygiène et le mode de **nettoyage** de l'oreille; 2° l'**instillation des gouttes** dans le conduit auditif, que vous avez si souvent l'occasion de prescrire; 3° le **lavage** de l'oreille; 4° les **pansements**.

Et il est non moins intéressant de savoir *quand* il faut recom-

mander ces procédés, *pourquoi* il faut le faire, et ce qu'*il faut éviter* dans leur mode d'application.

I. — COMMENT FAUT-IL NETTOYER L'OREILLE?

Question qui vous sera fréquemment posée, surtout quand vous aurez eu la chance de débarrasser un malade d'un bouchon de cérumen, qui le rendait sourd.

Il faut entendre alors la gamme des surprises, quand vous mettez sous les yeux de la cliente le corps du délit. *Comment, docteur, cette horreur dans l'oreille? Mais je la nettoie chaque jour.* Et il faut voir l'expression de dégoût et la moue expressive, qui n'est dépassée en intensité que par la joie qu'elle éprouve à entendre. *Mais comment faire pour que cela ne revienne pas?*

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

Le nettoyage de l'oreille est très simple : il ne doit pas être fait. Cela peut paraître paradoxal. En réalité, il y a beaucoup plus d'inconvénients à vouloir faire trop bien qu'à s'abstenir.

Il faut jeter au feu — ou reléguer au fond du nécessaire de toilette, s'il a un certain prix ! — tous les délicats petits instruments inventés par l'ingéniosité des fabricants. Donc, *pas de cure-oreilles en os*, en *ivoire*, en *nickel*, en *argent*. Le cérumen n'a pas de valeur. Pas de cure-oreilles constitué par une délicieuse *petite éponge* fixée à l'extrémité d'une tige. — Interdisez l'*épingle à cheveux*... pourtant si commode et d'un usage si réflexe.

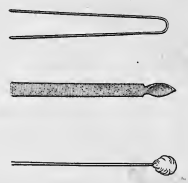


Fig. 91. — Instruments à interdire pour le nettoyage de l'oreille : le cure-oreilles, le porte-éponge, l'épingle à cheveux.

Pas de savonnage de l'oreille.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Le **malade** procédera de la façon suivante (fig. 92).

Si une oreille est malade, présente de l'eczéma, un furoncle,

recommandez de commencer le *nettoyage par l'oreille saine*, afin d'éviter son infection.



Fig. 92. — Nettoyage de l'oreille.

L'angle d'une *serviette de toilette* imbibée d'eau et bien exprimée, encapuchonnera le petit doigt qui sera introduit dans le méat auditif et nettoiera ce dernier par un mouvement de vrille.

Chez le nourrisson, un peu d'ouate hydrophile sèche bien enroulée à l'extrémité d'une allumette.

Si le malade vous déclare qu'il ne peut arriver à débarrasser son oreille, c'est qu'en réalité il présente de l'otite externe desquamative, de l'eczéma sec, du cérumen en hyperproduction. Ce n'est pas une oreille normale, c'est un conduit pathologique qui réclame des soins spéciaux, indiqués plus loin.

En pareil cas, il y aura des topiques : solutions, pommades, à porter sur le conduit. Vous conseillerez l'usage d'un *pinceau* fait avec un peu d'ouate enroulée et fortement serrée à l'extrémité d'une allumette.

Le ***médecin*** aussi doit parfois *nettoyer* **à sec** l'oreille, pour enlever de l'eau, du pus, du sang, faire un pansement, appliquer une pommade, un anesthésique sur le tympan.

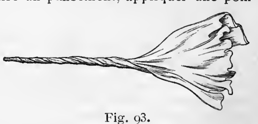


Fig. 93.

Le nettoyage avec l'angle d'une serviette est plus simple et aussi efficace que ce procédé qui consiste à enrouler un mouchoir en tire-bouchon, pour pénétrer plus profondément.

Comment procéder? Au moyen d'un *pinceau*, d'un **porte-coton** que vous fabriquerez de la sorte : prenez un stylet de trousse, puis un morceau de ouate hydrophile, étiré en tous sens, aplati, en carré. Autour de l'extrémité renflée du stylet, enroulez la ouate, en ayant bien soin de la serrer au-dessous de cette partie renflée, tandis que l'autre extrémité forme un plumasseau. Il faut que ce plumasseau dépasse la pointe du stylet d'un centimètre, afin d'éviter toute blessure du tympan. Puis, le speculum étant placé dans le

Fig. 94. — Un stylet de trousse pour faire un porte-coton.

conduit auditif, sous le contrôle de la lumière, vous introduisez le pinceau dans l'oreille, doucement, en exécutant un petit mouvement de vrille, et non pas en l'enfonçant directement contre le tympan qui réagirait par un cri poussé par le malade. Même

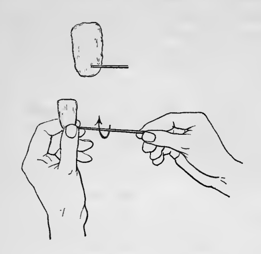


Fig. 95. — Manière d'enrouler la ouate à l'extrémité d'un stylet, pour faire un pinceau.

L'extrémité du stylet ne doit pas affleurer le bord libre de la petite plaque de ouate, afin d'éviter tout traumatisme.

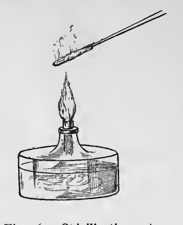


Fig. 96.—**Stérilisation** extemporanée des porte-cotons.

On les imbibe d'alcool absolu, et on les flambe. Dès que le coton commence à roussir et à se carboniser, on éteint.

procédé, en somme, que pour l'introduction du speculum; tenez la tige de ce pinceau, entre le pouce et l'index, délicatement, comme si vous vouliez *simplement effleurer* les parois du conduit *sans* les *toucher*.

Tout le secret de l'auriste, le succès du médecin réside dans la finesse de son tact, dans la douceur de sa main.

II. — *INSTILLATIONS DANS L'OREILLE. — BAINS. — GOUTTES*

Ne dites jamais, par exemple, à un malade : vous instillerez dans l'oreille, 4 à 5 gouttes de cette solution.

Il ignore ce qu'est une instillation, il craindra de mettre 6 gouttes au lieu de 5, il ne sait s'il faut employer la « potion » froide ou chaude, comment la verser dans l'oreille ; — la plupart du temps, il se bornera à imbiber un tampon de ouate qu'il placera

au méat, à moins qu'il ne l'injecte avec une petite seringue en verre et ne vide le flacon d'un trait, etc.

Indiquez la technique dans tous ses détails.

Le **but** des instillations est : *calmant* (otite aiguë, otalgie); *dissolvant* (cérumen); *antiseptique* (otorrhée); *évacuant* (suppuration); *modificateur* des tissus (eczéma).



Fig. 97. — Un flacon en verre, compte-gouttes.

Le goulot du flacon présente une rainure longitudinale. De même, le bouchon offre une gouttière qui, placée vis-à-vis de celle du goulot, constitue un canal, et permet l'instillation du liquide.

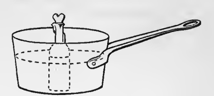


Fig. 98.

Le flacon compte-gouttes contenant le médicament est plongé dans un récipient d'eau chaude, pour le faire tiédir au bain-marie.



Fig. 99. — Avant de faire l'instillation d'oreille.

On verse quelques gouttes de la solution *sur le doigt*, afin d'apprécier la température du liquide et constater s'il n'est pas *trop chaud* ou *trop froid*.



Fig. 100. — Procédé simple pour verser aseptiquement un liquide dans le conduit auditif.

Faites bouillir un verre, une cuiller, de l'eau, et conservez la cuiller dans le verre rempli d'eau.

Le verre sera recouvert d'un mouchoir afin d'éviter la chute des poussières.

Chaque jour, l'eau bouillie du verre sera renouvelée.

Ce but est rempli en instillant un liquide approprié qui restera

en contact avec les parois du conduit auditif ou avec le tympan.

La *quantité* de liquide versé dans l'oreille n'a pas d'importance. Peu importe que vous prescriviez 5 ou 10 gouttes, puisque le liquide n'est pas toxique. En général, il faut remplir le conduit.

Le *nombre* d'instillations quotidiennes varie, selon l'indication : toutes les heures, en cas d'otalgie vive ; deux fois par jour, s'il s'agit d'un cérumen à dissoudre.

La *température* est importante : le liquide devra toujours être *tiède*.



Fig. 101. — Instillation de liquide dans l'oreille.

Le malade repose la tête horizontalement sur une table ou sur un coussin. On verse d'abord une ou deux gouttes du liquide dans la conque, de façon à ce que le liquide glisse le long de la paroi du conduit (fig. 102). On tâte ainsi la susceptibilité de l'oreille. Si le malade ne réagit pas à la sensation de chaleur ou de froid, on continue l'instillation et on remplit le canal.

Le sujet doit rester la tête inclinée pendant cinq minutes.

La *durée* du bain d'oreille varie de 5 à 10 minutes.

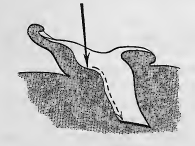


Fig. 102.

Le liquide est versé d'abord dans la conque, de telle sorte qu'il chemine et glisse doucement sur la paroi postérieure du conduit, jusqu'au tympan.

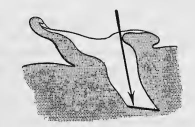


Fig. 103.

Mauvaise technique pour instiller le liquide, qui est versé au centre du méat et tombe directement sur le tympan.

Manœuvre désagréable pour le malade, surtout s'il s'agit d'un enfant.

Un *séchage* minutieux devra suivre (voir page 60).

Vous prescrirez au malade :

1° Le ***liquide*** médicamenteux (en petite quantité pour que la solution soit plus fraîche) ;

2° L'***appareil à instillation***, c'est-à-dire un flacon compte-gouttes, tout en verre, au besoin un simple compte-gouttes en caoutchouc. Une cuiller à café à la rigueur suffit. Vous recommanderez de *stériliser* l'appareil, en mettant le flacon, le compte-gouttes, dans l'eau froide ; on portera à l'ébullition pendant cinq minutes, puis le flacon sera rempli avec le médicament.

Manière de verser le liquide dans l'oreille. — Voir fig. 101. Le liquide est évacué en faisant incliner la tête du côté malade. On termine par le séchage, au moyen de plusieurs tampons d'ouate, placés au méat auditif, et en tirant sur le pavillon à plusieurs reprises (fig. 114).

III. — *LAVAGE DE L'OREILLE*

a. — *Quand doit-on recommander un lavage d'oreille ?*

Pour beaucoup de médecins et de malades, les lavages constituent une panacée et sont appliqués souvent à tort ou à travers ; c'est le traitement de toutes les oreilles qui coulent, la première thérapeutique d'une surdité.

Vous ne le prescrirez que, lorsqu'il y a « quelque chose » à faire sortir de l'oreille : *pus*, *cérumen*, *corps étrangers*, etc., dans un but de nettoyage.

C'est dire que l'examen du conduit avec le speculum devra être préalablement fait.

b. — *Avec quels instruments. Matériel.*

Un **appareil à injections** (seringue à hydrocèle, bock, seringue anglaise). Le bock, en particulier, est très commode s'il est employé directement par le malade. S'il s'agit d'un enfant en bas âge, recommandez à la mère une poire en caoutchouc, facilement stérilisable (fig. 104). Le tout sera *aseptique*, donc sera bouilli chaque fois.

Deux recommandations :

1° Munissez la canule du bock ou de la seringue à hydrocèle d'un petit embout en caoutchouc conique, afin d'éviter tout traumatisme. On peut aussi recommander l'usage d'une canule, en verre,

stérilisable, fine, avec un embout légèrement renflé, pas trop cependant, pour éviter l'occlusion du canal auditif. Dans l'intervalle des lavages, cette canule baignera dans une solution antiseptique.



Fig. 104. — Poire en caoutchouc pour lavage d'oreille, chez les enfants en bas âge.

Ses avantages :
1° pas de danger de traumatisme;
2° asepsie parfaite par l'ébullition.

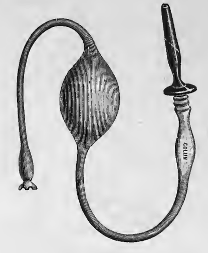


Fig. 105. — Enema ou seringue anglaise.

2° Ne placez pas l'appareil à plus de 50 centimètres au-dessus de la tête du malade pour éviter toute pression.

Un **bassin** haricot en tôle émaillée (pas en ébonite ni en caoutchouc durci), par sa concavité sera placé au-dessous de l'oreille.

Fig. 106. — Bonnes canules en verre, stérilisables.

Une *serviette* sera bien assujettie autour du cou. Une dame vous pardonnera difficilement d'avoir mouillé son épaule ou la ruche de son col!

Fig. 107. — Mauvaise canule en verre.

Elle est renflée à l'extrémité, par suite elle obstrue et ferme le méat. Le lavage se fait mal.

Le *liquide* à injecter sera simplement de l'*eau bouillie, un litre*, contenue dans un récipient quelconque, *tiède* (jamais d'eau froide qui pourrait déterminer un vertige, une syncope, par choc labyrinthique). Autant que possible, même dans les otorrhées fétides, *pas de solutions antiseptiques* (phéniquée, sublimé, etc.), soi-disant désinfectantes.

Le *nombre d'injections quotidiennes* est variable (Voir la dis-

cussion de cette question au traitement de l'otite suppurée). En général, 3 ou 4 injections quotidiennes, en cas d'otorrhée profuse.

c. — ***Technique du lavage.***

Quand vous faites la première *injection*, graduez la force du jet, qu'il soit très doux afin d'éviter au malade un mouvement de surprise ou de douleur qui lui ferait basculer son bassin.

Du reste, toujours la *pression devra être modérée.*

Le lavage sera continué jusqu'à ce que l'*eau ressorte claire*;

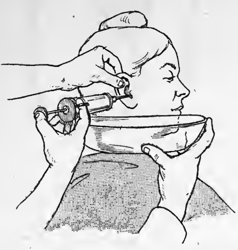


Fig. 108. — Lavage de l'oreille.

Malade assis, l'épaule et le cou protégés par une serviette, la tête légèrement inclinée du côté de l'oreille à nettoyer, un bassin réniforme exactement appliqué au-dessous de l'oreille, contre la joue, et maintenu soit par le malade, soit par une personne de l'entourage.

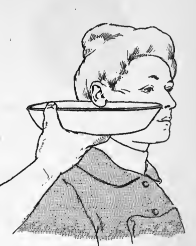


Fig. 109. — Mauvaise application du bassin haricot.

Il est appliqué trop haut, soulève le lobule, la conque, et ferme le méat. L'eau ne peut pénétrer dans l'oreille. Lavage mal fait, illusoire.

vous ferez donc passer, selon les circonstances, un demi, un litre d'eau.

Parfois, le sujet vous déclare que l'*eau passe dans la gorge* : c'est l'indice d'une large perforation du tympan.

Un *séchage* minutieux sera fait après toute irrigation pour éviter des infections secondaires et une surdité passagère (en effet une seule goutte d'eau appliquée et « collée » contre le tympan rend sourd).

Le *malade inclinera la tête* et « égouttera l'oreille » en quelque sorte, en tirant sur le pavillon.

Le médecin *inspectera le conduit* avec le *speculum*, examen

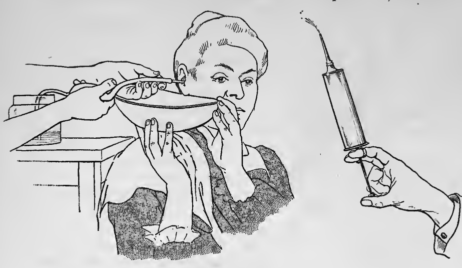


Fig. 110. — Procédé de lavage avec la seringue anglaise ou enema.

Fig. 111.

La seringue est remplie de liquide, puis l'air qui peut rester dans la seringue est chassé, afin d'éviter sa propulsion dans le conduit auditif, qui déterminerait un bruit désagréable de gargouillement et même une douleur.

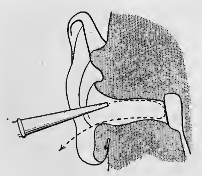


Fig. 112. — *Bonne* introduction de la canule.

Elle *ne pénètre pas dans le conduit auditif*, mais elle est simplement *placée dans le méat* et *dirigée* vers la paroi supérieure ou postérieure.

Direction que suit la colonne liquide. Elle lave la paroi supérieure, baigne le tympan et ramène à l'extérieur le pus, les débris épidermiques, le cérumen.

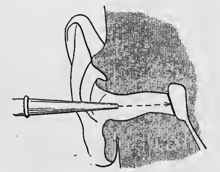


Fig. 113. — *Mauvaise* introduction de la canule.

Elle *pénètre dans le conduit* et elle est dirigée *horizontalement* vers le tympan.

Direction que suit la colonne liquide. Elle *heurte* le tympan (*douleur*, traumatisme) et *lave mal* les parois du conduit.

capital pour s'assurer qu'il est libre, propre, et ne renferme plus ni cérumen, ni pus, ni squames épidermiques.



Fig. 114. — Séchage de l'oreille, en « égouttant le conduit ».

Le malade incline la tête et tire sur le pavillon à plusieurs reprises.

Il ne devra jamais introduire de pinceau ou d'instrument dans le conduit pour le sécher.

Il placera quelques petits tampons d'ouate hydrophile dans le méat. Par capillarité, ils absorberont le liquide contenu dans l'oreille.

S'il existe encore du liquide dans l'oreille, on l'asséchera avec de l'ouate, au moyen d'un ou plusieurs porte-coton.

Ce que le praticien évitera. Ce qu'il défendra au malade. Accidents du lavage.

Pas d'*abus* dans les lavages d'oreille; ne pas les prescrire à tort et à travers, sans otoscopie préalable, aussi bien contre une sclérose où ils sont inefficaces que dans une otorrhée mal diagnostiquée, qu'ils entretiennent.

Ne pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner : c'est un *simple nettoyage*.

1° Interdire au malade l'emploi d'un **matériel sale** ou « inaseptisable ». Donc, rejetez les petites poires en caoutchouc dont l'extrémité est nickelée ou en os, si communément employées, et les affreuses petites seringues en verre, à urètre, à piston en cuir ou garni de fil et d'étoupe! Elles se détraquent au premier lavage, laissant passer autant de liquide en amont qu'en aval du piston. Pas de seringues en général, car la multiplicité de ces instruments, dont chacun a son parrain et ses disciples, est précisément une preuve que la seringue idéale n'existe pas.

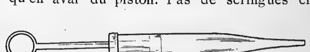


Fig. 115. — Seringue à proscrire.

2° **Jamais d'injection d'eau froide**, ni **chaude**, dans l'oreille, pour ne pas provoquer de troubles réflexes : toux, nausées, ver-

tiges, syncope, dus au choc labyrinthique par compression de l'étrier;

3° Pas de **pression trop forte** dans le jet du liquide, sous peine de provoquer les mêmes accidents. Pas n'est besoin d'une pression de plusieurs atmosphères pour entraîner un centimètre cube de pus, même épais. En cas de *vertige*, recommandez au malade de fermer les yeux et employez un jet très modéré. Certains sujets cependant ont une extrême susceptibilité et présentent du vertige à la moindre injection : à l'auriste seul appartient le soin d'en déceler la cause.

Evitez bien de *laisser de l'air* dans la seringue, car la présence de bulles d'air dans le liquide injecté détermine une sensation désagréable (fig. 111).

IV. — *PANSEMENTS D'OREILLE*

Voici quelques notions indispensables pour la médecine journalière et pratique, au point de vue de l'asepsie, des pansements, de la révulsion.

1° *ASEPSIE*

Elle consiste, *pour le malade*, à ne pas infecter l'oreille saine, si l'autre est atteinte, et à éviter de la sorte des infections secondaires; à employer, avec des mains propres, de la ouate en petits paquets, et non pas du coton acheté en gros dans les magasins et traînant sur les tables ou sur un lit. La plus grande asepsie des compte-gouttes sera recommandée.

Le *médecin* utilisera des *instruments* propres, *stérilisés* après chaque examen et pour toute intervention (incision de furoncle, paracentèse); les téguments, conduit auditif, etc., seront aseptisés, avant une petite opération, au moyen d'une friction avec un tampon d'alcool ou mieux d'un badigeonnage à la teinture d'iode alcoolisée.

2° *PANSEMENTS*

Ils seront *secs* ou *humides*.

a) — Les ***pansements secs*** sont destinés à absorber le pus. Je ne vous les recommande pas dans les otites moyennes aiguës suppurées.

Vous pouvez les employer dans les otorrhées chroniques *peu*

abondantes et surtout dans les otites externes diffuses furonculeuses.

Voici *comment on procède*. Prenez une *lanière de gaze aseptique* ou médicamenteuse, ektogan par exemple, *très souple* pour qu'elle soit absorbante, sans effilochures, de 1 centimètre de large sur 5 centimètres de long, que vous enfoncerez dans le conduit auditif, à deux centimètres environ, c'est-à-dire sans arriver au contact du tympan; vous l'introduirez, sous le contrôle du miroir, avec le speculum, au moyen d'une petite pince à disséquer ou d'un stylet de trousse. Soyez prudent, enfoncez doucement, sans érailler le conduit et tassez modérément, sinon le pansement est douloureux et ne drainera pas.

Le *but* du pansement sec est d'éviter au malade des infections provoquées par le grattage et de soustraire l'oreille aux influences irritatives extérieures (instillation de liquides sales, etc.); en outre, il favorise la guérison de certaines otites (externe ou suppurée chronique) qui sont entretenues par les pansements humides.

L'instillation d'*alcool absolu* détermine, dans certaines otorrhées, l'asséchement de l'oreille.

b) — Les ***pansements humides*** peuvent être appliqués sous deux formes :

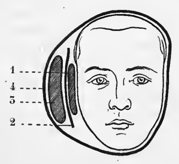


Fig. 116. — Application d'un pansement humide sur la région oto-mastoïdienne.

Voici, par ordre de superposition, les pièces du pansement : 1. Compresse humide chaude. — 2. Taffetas gommé débordant la compresse. — 3. Ouate non hydrophile.—4. Bande de crépon.

1° **Introduction de mèches dans le conduit auditif.** Dans certains cas d'otite externe diffuse, furonculeuse, on insinue, le matin, dans le conduit, une mèche de gaze stérilisée, de 5 centimètres de longueur sur 1 de large, en évitant qu'elle n'affleure le tympan.

Sur cette lanière de gaze, on recommande au malade d'instiller selon les indications, plusieurs fois par jour, le liquide médicamenteux qu'on a prescrit.

On retire la mèche le soir ou le lendemain matin et on renouvelle jusqu'à guérison.

2° **Application de compresses chaudes recouvrant l'oreille et la région mastoïdienne.**

Elles sont indiquées pour calmer la douleur au début des otites.

Le pansement sera fait ainsi :

Application sur l'oreille et la mastoïde de *deux* ou *trois mouchoirs* non dépliés, superposés, imbibés d'eau bouillante et un peu exprimés. Ils peuvent être remplacés par plusieurs doubles de tarlatane ou par de la ouate hydrophile, mais il est nécessaire que le pansement, pour conserver la chaleur humide, présente l'épaisseur de la main.

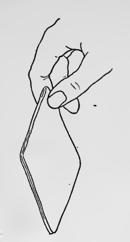


Fig. 117. — Manière de faire une compresse.

Entre le pouce et l'index, prenez l'angle de deux mouchoirs superposés et immergez dans un récipient d'eau bouillante.

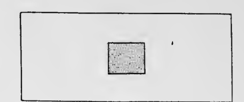


Fig. 118.

Pour exprimer la compresse, en évitant de se brûler les mains, placez les mouchoirs tout fumants sur une serviette.

Un carré de *taffetas chiffon* ou de taffetas *gommé*, de mackinstoch, sur cette compresse, la débordant un peu sur ses bords.

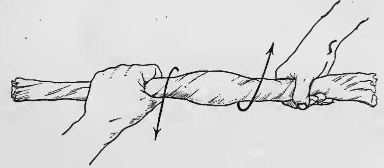


Fig. 119.

Enroulez la serviette pour exprimer les mouchoirs, pas trop fort cependant, de façon que la compresse conserve de l'humidité ; appliquez-la sur le revers de la main et si ce n'est pas trop chaud, mettez sur l'oreille.

Un gros *carré d'ouate* par-dessus, de l'épaisseur de la paume de la main.

Finalement, une *bande de crêpon* Velpeau, ou un foulard autour de la tête, pour maintenir le tout en place.

Le pansement sera *renouvelé* toutes les deux heures, toutes les heures, davantage même, selon l'acuité de la douleur.

Vous éviterez dans les pansements d'oreille :

1° Les *manœuvres* dont vous ne possédez pas parfaitement la technique. Évitez d'explorer maladroitement un organe si vous le connaissez mal.

2° L'emploi de certains *révulsifs* : *vésicatoires, sangsues, ventouses scarifiées* sur la région mastoïdienne. Leur résultat thérapeutique est très aléatoire et a besoin d'une surveillance rigoureuse, afin d'éviter des infections tégumentaires. Il faut voir la colère d'un auriste quand il a une trépanation mastoïdienne à pratiquer sur une apophyse dont la peau est rouge, suintante, avec des cheveux collés sur une large plaie de vésicatoire!...

3° Les *cautérisations chimiques* du conduit et du tympan. Laissez à l'auriste le soin de porter, au moyen d'un fin stylet, une perle d'acide chromique ou une gouttelette d'acide trichloracétique, sur une granulation tympanique ; médicaments singulièrement actifs, mais singulièrement dangereux pour une main inexpérimentée.

4° L'insufflation *de poudres* (acide borique, l'horrible iodoforme !...). Cette manœuvre vous donnera, ainsi qu'à votre malade, plus de déboires que de satisfaction.

V. — OTOLOGIE CLINIQUE.

Que le praticien ne s'attende pas à rencontrer ici la description complète de toutes les maladies de l'oreille interne, de toutes les épreuves acoustiques avec les diapasons..., qui sont du ressort de l'otologie pure et parfaitement décrites dans les grands traités.

Il lui est plus utile de savoir traiter un eczéma de l'oreille, enlever un bouchon de cérumen, reconnaître une otite aiguë et ses complications, une mastoïdite, l'opportunité d'une trépanation, diagnostiquer la cause d'une surdité.

Dans chaque segment de l'oreille : pavillon, conduit auditif, caisse du tympan, je ne décrirai que les *notions cliniques* et *thérapeutiques indispensables* aux praticiens.

I. — MALADIES DU PAVILLON

A retenir simplement ceci pour la pratique courante.

Parmi les ***malformations*** de l'oreille, voici une des plus fréquentes : l'***écartement congénital du pavillon***. Vous avez certainement rencontré des bambins et des collégiens aux oreilles en forme d'anse, absolument perpendiculaires au crâne, déformation que les mères espèrent corriger par un fichu enroulé autour de la tête pendant la nuit. Une simple opération plastique



Fig. 120. — Écartement des pavillons.

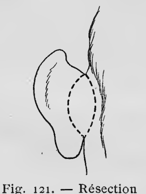


Fig. 121. — Résection d'un lambeau cutané



Fig. 122. — Suture.

pris sur le pavillon et sur l'apophyse mastoïde.

suffit, elle consiste à réséquer un lambeau cutané pris sur le pavillon et la région mastoïdienne, à enlever un fragment de cartilage et à suturer.

Le traitement des autres malformations relève de l'auriste.

Les ***plaies*** de l'oreille se réunissent avec la plus grande facilité, soyez aseptiques pour éviter l'érysipèle. Suturez soigneusement le cartilage, s'il est sectionné, pour ne pas risquer le chevauchement des lambeaux.

L'hématome ou ***othématome*** résulte presque toujours d'un trauma. Fréquent chez les apaches.

C'est une tumeur siégeant sur la face externe du pavillon et en haut, rouge violacé au début, indolente. Mais la caractéristique, ce sont les *déformations* consécutives soit à sa guérison spontanée, soit à la suppuration de la tumeur et à la nécrose du cartilage : il en résulte un pavillon *recroquevillé*, *bosselé*.

Et vous pouvez éviter cette déformation par le traitement suivant : compression au début; ponction aspiratrice si la poche



Fig 123. — Othématome avec la ligne d'incision opératoire.

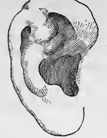


Fig. 124. — Cicatrice vicieuse du pavillon, consécutive à un othématome mal soigné.



Fig. 125. — Congélation du pavillon. Tissu cicatriciel qui en résulte.



Fig. 126. — Carcinome du lobule de l'oreille

est volumineuse, suivie de compression; incision large et évacuation du contenu, si le traitement précédent est insuffisant, avec pansement compressif pour obtenir une réunion immédiate. C'est simple et cela donne un bon résultat.

ECZÉMA DE L'OREILLE

Pour *traiter efficacement* l'eczéma, il suffit de savoir que presque toujours il reconnaît une irritation tégumentaire (inflammation du conduit par le pus des otorrhées, par les pansements des mastoïdites, le port de boucles d'oreille, etc.); parfois il n'y a pas de lésions, l'arthritisme seul est en cause.

Cliniquement, il y a deux formes d'eczéma : ***aigu*** ou ***chronique***, comme dans toutes les régions du corps. Vous retrouvez du reste ici tous les symptômes de l'eczéma ordinaire. Quand il est ***aigu*** : c'est une rougeur parsemée de vésicules qui sécrè-

tent un liquide séreux et se recouvre finalement de croûtes. Démangeaison et grattages sont la règle.

L'***eczéma chronique*** est caractérisé par la présence de squames blanchâtres, avec épaississement parfois éléphantiasique des téguments.

Ce que vous noterez surtout, c'est la **propagation de l'eczéma du pavillon au conduit auditif,** c'est une règle presque constante. Et cet eczéma du conduit détermine des symptômes fort pénibles : écoulement séro-purulent, tuméfaction des parois et obstruction du canal par du pus et des produits de desquamation. Ce n'est pas tout ; des *démangeaisons* atroces avec *grattage* inévitable qui entretiennent la dermite.

Vous éviterez dans l'eczéma de l'oreille :

1° d'appliquer des pansements humides et de faire des lavages antiseptiques, même aseptiques, qui propageront la dermite. L'eczéma n'aime pas l'eau ;

2° de ne traiter uniquement que l'état général.

Vous soignerez d'abord l'*eczéma en lui-même* selon la période, aiguë ou chronique; puis après la guérison, la *cause* de l'eczéma.

I. — *ECZÉMA AIGU*

Il faut :

1° ***Calmer les démangeaisons*** et l'irritation des téguments par l'emploi de poudres antifermentescibles.

Poudre de talc.	25 grammes.
Poudre d'oxyde de zinc.	5 grammes.

qui isolent les parties malades et les mettent à l'abri du contact de l'air. On soupoudre la région malade plusieurs fois par jour avec un petit tampon d'ouate hydrophile.

2° Provoquer la ***chute des croûtes***, en décapant les téguments. Deux fois ou trois fois par jour, vous recommanderez de badigeonner tout le pavillon et ses anfractuosités au moyen d'un porte-coton imprégné de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.	2 grammes.
Vaseline pure.	20 grammes.

Ce corps gras a pour but de ramollir, de gonfler les croûtes et de les faire détacher spontanément, sans traumatisme ni lavage.

Répétez le badigeonnage jusqu'à décapage complet, plusieurs

jours au besoin. Pas de pansement sur l'oreille, sauf la nuit où vous recommanderez l'application d'une petite compresse de gaze stérilisée sur le pavillon, maintenue par une bande enroulée autour de la tête.

3° ***Après la chute des croûtes***, reprendre la poudre de talc et oxyde de zinc.

4° Dans l'***eczéma aigu du conduit auditif***, il faut désobstruer ce dernier du pus et des concrétions qui le remplissent. Donc, pratiquez un lavage aseptique, séchez minutieusement avec plusieurs porte-cotons secs et insinuez dans le canal une petite mèche de gaze stérilisée longue de 5 centimètres, large de 1 centimètre et bien imprégnée de la pommade à l'oxyde de zinc. Renouvelez toutes les 24 heures cette mèche, après nettoyage préalable au porte-coton.

II. — *ECZÉMA CHRONIQUE*

Voici la ligne de conduite :

1° ***Décapez*** les surfaces malades et enlevez les croûtes avec des applications de pommade au zinc ou l'introduction de mèches de gaze dans le conduit.

2° ***Modifiez l'eczéma sec*** de la façon suivante. Vous avez le choix entre des cautérisations ou des *badigeonnages* bi-quotidiens du conduit auditif et du pavillon, pratiqués avec un pinceau imprégné des *pommades* suivantes :

Ichtyol.	50 centigrammes.
Vaseline.	10 grammes.

ou :

Goudron	50 centigrammes.
Vaseline.	10 grammes.

ou

Baume Baissade.	10 grammes.

ou

Baume Duret.	10 grammes.

Surveillez le malade fréquemment ; tous les deux jours, plus souvent si cela est nécessaire, faites l'otoscopie ; et évitez l'encrassement du conduit par les corps gras.

En cas d'échec avec les pommades, recourez aux cautérisations avec le **nitrate d'argent.**

Le ***médecin*** les fera lui-même : tous les deux jours d'abord, puis tous les trois jours, nettoyage à sec du conduit sous le contrôle du speculum, au moyen d'un porte-coton. Par frottement, enlevez

croûtes et squames; au besoin le pinceau sera légèrement imbibé avec de l'huile de vaseline. Le conduit étant bien sec, versez, dans une petite capsule en porcelaine ou dans un verre, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/25. Et au moyen de plusieurs pinceaux imbibés de cette solution, frictionnez à maintes reprises, pendant quinze secondes, les parois du conduit. Parfois, le malade accuse une sensation d'ardeur et une cuisson : il n'y a aucun inconvénient.

Deux ou trois séances de cautérisations, cinq ou huit au plus, suffisent pour amener la guérison.

Si le **malade ne peut être traité** directement par le médecin, ou ne peut être surveillé qu'à des intervalles éloignés, vous lui recommanderez des instillations de nitrate d'argent dans l'oreille à 1/50.

Une fois par jour, la tête étant inclinée sur une table, après avoir enduit d'une couche de vaseline le pavillon, la région prétragienne et la conque, afin d'éviter que les téguments ne soient noircis par le nitrate d'argent, le malade fera remplir par une personne de son entourage le conduit auditif, avec un compte-gouttes rempli de la solution de nitrate. Il gardera ce bain d'oreille pendant dix minutes; puis séchera avec plusieurs tampons d'ouate hydrophile. Ce traitement n'est aucunement douloureux.

Défendez tout lavage de l'oreille.

Prévenez que des pellicules noirâtres (dues à l'imprégnation par le sel d'argent) pourront être évacuées.

Interdisez tout grattage.

Et exigez un examen de l'oreille au bout de 5 à 6 jours, afin de procéder au nettoyage du conduit que vous trouverez tapissé de croûtes noirâtres. Vous ferez alors, vous-même, un badigeonnage avec la solution forte (à 1/25, à 1/10 au besoin, il n'y a aucun danger) et en l'espace de 15 jours, il y aura une amélioration frisant la guérison.

Il sera ***indispensable de traiter la cause de l'eczéma*** :

Localement, suppression de la boucle d'oreille, traitement de l'otorrhée chronique, pansement quotidien du trépané mastoïdien, bref vous instituerez une thérapeutique *prophylactique*. Et surtout vous interdirez au malade les grattages de l'oreille avec les mille procédés et instruments que lui suggèrent son ingéniosité et ses démangeaisons.

L'état général, s'il est seul en cause, sera modifié; je n'insiste pas sur le traitement diathésique, le régime à prescrire, la cure d'eaux à recommander....

II. — MALADIES DU CONDUIT AUDITIF

FURONCLE

1. — *MANIÈRE DE RECONNAITRE LES FURONCLES DE L'OREILLE*

Une ***douleur*** atroce et permanente, voilà ce qui les caractérise. Cette douleur est spontanée, le malade vous la montre dans l'oreille, s'irradiant dans la tête, le cou, les dents. Il parle et elle augmente. Il ne peut mastiquer, car les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire ont leur répercussion dans le conduit. Si vous touchez le pavillon, vous le faites horriblement souffrir. Et cela dure parfois plusieurs jours.

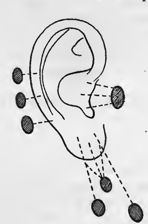


Fig. 127. — Ganglions péri-otiques.

La richesse et le siège du réseau lymphatique péri-auriculaire expliquent la fréquence et la marche des infections de l'oreille, à point de départ tégumentaire.

Les lymphatiques antérieurs viennent de la conque et se rendent au ganglion prétragien.

Les postérieurs proviennent de tout le reste de la face externe du pavillon, se réunissent à la face interne et vont se jeter dans les ganglions mastoïdiens.

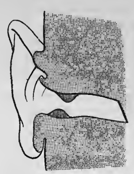
Les inférieurs vont du lobule aux ganglions parotidiens.

Déduction clinique : cette distribution des lymphatiques explique le siège des adénites dans les furoncles et les lymphangites. Ils expliquent le siège des points douloureux dans l'otite furonculeuse et permettent de différencier une mastoïdite d'avec une adénite.

Examinez l'oreille; vous constatez parfois un ***gonflement*** douloureux, prétragien, dû à une *adénite*, un **œdème** rouge sus et rétro-auriculaire dû à une lymphangite de voisinage.

Voulez-vous faire l'**otoscopie**, le ***méat*** est ***parfois obstrué*** par une tuméfaction de ses parois et il faut employer le

speculum de plus petit calibre pour pénétrer. Parfois l'examen est impossible, car il y a occlusion complète de l'orifice.


Fig. 128. — Deux furoncles du conduit.

L'otoscopie est-elle possible, vous apercevez sur une des parois du conduit auditif, au début de l'affection, une petite ***tuméfaction acuminée***, **rouge**, très douloureuse au contact du speculum. Plus tard un *point blanc* couronne son extrémité, et le furoncle s'ouvre.

Quelquefois ce n'est pas un, mais deux ou *plusieurs furoncles* que vous apercevez ainsi et qui sont dus à l'inoculation staphylococcique.

Si le furoncle est isolé, en quatre ou cinq jours votre malade est guéri; si au contraire, il y a de la furonculose, comptez plusieurs semaines.

2. — *CAUSE DES FURONCLES*

N'allez pas la chercher bien loin. Le malade est le seul coupable, — à moins que ce ne soit le médecin qui ne l'ait infecté avec son speculum en traumatisant le conduit auditif. Le malade donc était porteur d'une otorrhée ancienne ou présentait de l'eczéma chronique; il s'est gratté avec un cure-oreille ou un de ces ongles de l'auriculaire démesurément longs, tels qu'on en voit chez certains sujets qui, minutieusement les entretiennent; le conduit auditif a été excorié et le staphylocoque a joué son rôle d'inoculation.

Parfois cependant le furoncle de l'oreille succède à une furonculose généralisée ou du cou, et le sujet ne manque jamais de s'inoculer les *deux oreilles*.

3. — *CE FURONCLE N'EST-IL PAS UNE OTITE MOYENNE AIGUË OU MÊME UNE MASTOÏDITE?*

Pouvez-vous introduire le speculum, vous serez fixé immédiatement. Si le tympan est sain, l'audition normale, il n'y a ni otite, ni par conséquent mastoïdite puisque celle-ci est toujours consécutive à celle-là.

Le diagnostic est plus délicat si le conduit est obstrué et l'otoscopie impossible, et s'il existe un gros gonflement rétro-auriculaire.

Voici quelques procédés pour ne pas vous tromper et qui vous empêcheront de parler au malade d'une trépanation, — ou de la faire.

Dans l'hypothèse d'une *mastoïdite*, il y a eu une otite moyenne aiguë préalable, avec douleurs, fièvre; le tympan s'est perforé et a donné issue à un écoulement purulent pendant des jours ou des semaines; le malade est sourd. Et enfin, la palpation et la pression ne déterminent une douleur qu'au *niveau de la partie supérieure de l'apophyse.*



Fig. 129. — Le siège des points douloureux dans un gonflement péri-auriculaire.

Si vous provoquez de la douleur :
1° en avant du tragus; 2° sous le lobule; 3° en tirant ou en mobilisant le pavillon:
il s'agit d'une lymphangite ou simplement d'une œdème de voisinage, périotique, lié à une *otite externe*, à un ou à des *furoncles.*

Fig. 130. — Le siège des points douloureux dans un gonflement rétro-auriculaire.

Si vous provoquez de la douleur, *en arrière de l'oreille* :
au niveau de la base de l'apophyse,
au niveau de sa pointe,
sur le bord postérieur,
vous avez affaire à une *mastoïdite.*

Dans le *furoncle, compliqué de lymphangite rétro-auriculaire*, il y a des antécédents de grattage, d'eczéma, d'otorrhée, etc.; la surdité n'existe pas, sauf s'il y a obstruction mécanique du conduit, la *douleur* a un siège bien différent : vous la trouverez en avant du tragus et en tirant sur le pavillon; c'est un élément capital pour le diagnostic.

Mais il peut y avoir *association des trois affections* : otite, mastoïdite et furonculose.

Dans ce cas, prenez patience, réfrénez l'ardeur tranchante du bistouri, et traitez pendant quelques jours les phénomènes inflammatoires et les infections secondaires. Dès qu'ils seront « refroi-

dis », et que vous aurez guéri furoncle et lymphangite, vous ferez la part des troubles mastoïdiens.

Je suppose enfin le cas limite que j'ai eu l'occasion d'observer quelquefois : une *otite* a provoqué une *mastoïdite* qui s'est *fistulisée dans le conduit*. Est-ce un furoncle abcédé? Non, si à travers le speculum, vous introduisez un petit stylet de trousse dont l'extrémité, pénétrant à travers la fistule, vous révèle un os dénudé. Pariez à coup sûr qu'il s'agit d'une fistule mastoïdienne.

4. — *TRAITEMENT DU FURONCLE*

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

Ne cherchez pas à calmer la douleur, en prescrivant des pseudo-adoucissants : laudanum, baumes.

Pas de lavages, d'injections variées, de gouttes de cocaïne, c'est inutile, inefficace et mal toléré.

Pas d'incisions précoces surtout; ne piquez qu'à coup sûr, quand il y a du pus et non à côté.

Dans un furoncle de l'oreille, étant donnée l'absence relative de complications, mieux vaut s'abstenir que de faire un traitement intempestif.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Traitement médical au début. — Alimentation liquide, des calmants (aspirine, phénacétine ou opium au besoin).

Localement, **instillation** chaude dans le conduit auditif, toutes les deux heures, de quelques gouttes du mélange :

Liqueur de Van Swieten.	ãã 25 grammes.
Glycérine.	

ou mieux, introduction dans le canal d'une petite **mèche** de gaze, souple, sur laquelle le malade versera toutes les deux heures le liquide précédent. Vous retirerez la mèche si elle est mal supportée; dans le cas contraire, la changer chaque jour.

En outre, application de **compresses humides** chaudes sur toute la région auriculaire, renouvelées 8 à 10 fois par jour.

Ce traitement est parfois résolutif.

Traitement chirurgical. — **Quand faut-il inciser** le furoncle? Lorsque l'abcès forme dans le conduit auditif une petite saillie rouge, acuminée, très douloureuse, dépressible, et qu'il s'accompagne d'une lymphangite rétro-auriculaire.

Comme *instruments* : un fin bistouri ou une aiguille à paracentèse du tympan; préparez plusieurs porte-coton.

Comme **anesthésie** : application sur le furoncle d'une fine boulette de ouate hydrophile, du volume d'un demi-pois et imbibée de deux ou trois gouttes du mélange anesthésique, de Bonain (de Brest).

Chlorhydrate de cocaïne.	ãã 1 gramme.
Menthol.	
Acide phénique neigeux.	

Vous ferez **l'antisepsie** de la région, en donnant un bain d'oreille d'eau oxygénée pure ou d'alcool absolu pendant cinq minutes.

Vous *tiendrez le bistouri* comme une plume à écrire.

Et vous **inciserez** le point acuminé, profondément, largement, en commençant par le point le plus éloigné et en ramenant la lame à vous vivement. L'incision devra être parfaite d'emblée pour ne plus avoir à y revenir, car la douleur est atroce, aussi la tête du malade sera solidement maintenue.

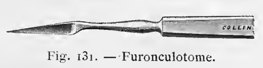


Fig. 131. — Furonculotome.

Vous *viderez* le contenu du furoncle, pus et bourbillon, par des pressions périphériques. Cette « *expression* » de la poche est horriblement douloureuse; ne vous laissez pas arrêter par les cris et les mouvements du malade.

Vous **badigeonnerez** *à la teinture d'iode* la cavité.

Vous la **drainerez** avec une petite mèche de gaze très fine, insinuée entre ses lèvres.

Vous ferez la *toilette du conduit* : pus et sang.

Vous *panserez* enfin avec une longue mèche de gaze introduite dans le conduit, imbibée de liqueur de Van Swieten. Ouate dans la conque.

Pansements. — Le médecin les fera quotidiennement. Pas de lavages. Des attouchements à l'iode. Un pansement occlusif.

Il faut prévenir les récidives.

Pour cela, 1° *conseillez l'instillation*, matin et soir, pendant trois semaines, d'une demi-cuillerée à café d'alcool absolu, dans le conduit; 2° *interdisez* formellement l'introduction dans l'oreille de corps étrangers (allumettes, cure-oreilles, épingles à cheveux) pour calmer les démangeaisons; 3° *traitez la cause du prurit* qui est presque toujours un eczéma, au moyen de badigeonnages bi-hebdomadaires, avec une solution de nitrate d'argent au 1/20e.

OTITE EXTERNE DIFFUSE

C'est l'exagération de l'otite furonculeuse : mêmes causes, mêmes symptômes, traitement médical identique, à part le bistouri.

Ici, point de furoncle, mais une inflammation généralisée à tous les téguments du conduit.

A signaler l'heureuse influence parfois des pansements secs, consistant dans l'introduction quotidienne ou biquotidienne d'une mèche de gaze stérilisée, souple; la gaze à l'ektogan donne d'excellents résultats.

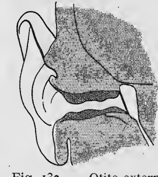


Fig. 132. — Otite externe diffuse.

Tuméfaction diffuse et irrégulière des parois du conduit auditif.

BOUCHONS DE CÉRUMEN

Le traitement du bouchon de cérumen est le triomphe de l'otologiste : il devrait être celui du médecin.

Le diagnostic est tellement simple et la thérapeutique si facile que voilà, à coup sûr, de la bonne otologie courante à la portée de tout praticien. Dussé-je m'attirer la foudre des auristes, je pose en principe que si tout médecin inspectait avec le speculum l'oreille de tous les sourds qui le consultent, il ne laisserait jamais échapper un bouchon de cire.

Le cérumen est le produit normal de la sécrétion des glandes

du conduit auditif. L'exagération de cette sécrétion détermine la *formation d'un bouchon*.

A. — *LE DIAGNOSTIC DU BOUCHON DE CÉRUMEN EST FACILE*

L'histoire des malades est toujours la même : *la* **surdité** *est apparue* **brusquement**. C'est bien souvent, le matin, au cours de la toilette, en se lavant l'oreille, en prenant un bain, en nettoyant

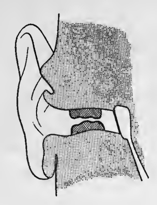
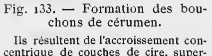


Fig. 133. — Formation des bouchons de cérumen.



Ils résultent de l'accroissement concentrique de couches de cire, superposées dans le conduit auditif.

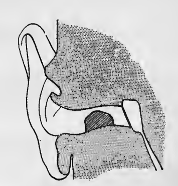


Fig. 134. — Bouchon de cérumen, qui se forme sur la paroi inférieure du conduit.

Tant qu'il persiste une lumière, un petit canal, un espace si minime soit-il, entre la paroi du conduit et le bouchon, les ondes sonores parviennent au tympan.

Il suffit que le malade enfonce le doigt ou un corps étranger dans le conduit, pour tasser la cire et former un bouchon.

le conduit avec un cure-oreilles, que la surdité est apparue, uni ou bilatérale.

Fait remarquable, cette *surdité est* **intermittente**, et elle s'accompagne parfois de périodes d'audition normale. Cela tient à ce que le cérumen, étant très hygrométrique, se gonfle facilement sous l'influence de l'humidité (surdité) et se rétracte sous l'influence de la sécheresse (retour de l'acuité auditive).

Tels sont les deux caractères de la surdité provoquée par un bouchon de cire. Parfois, il existe des **bourdonnements**, pénibles, plus ou moins violents, agaçant le malade, avec résonance de la voix dans l'oreille quand le sujet parle (autophonie).

Le *speculum* montre dans le conduit, une **masse brun noirâtre** occupant le calibre du canal. Cet examen vous suffit. Il n'est pas possible de confondre un cérumen avec une autre affection auriculaire.

B. — *LE TRAITEMENT*

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

L'introduction, dans le conduit, d'un *instrument* quelconque, pinces, stylets, etc., pour enlever le bouchon. C'est tentant, c'est dangereux.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Tout d'abord répondre au malade, qui est anxieux sur le *pronostic de sa surdité*. Déclarez que vous constatez la présence d'un bouchon de cire, qui très vraisemblablement est l'origine de la surdité, que l'indication est de l'enlever pour permettre l'examen du tympan et de l'oreille interne.

Voilà les indications du traitement : ramollir le bouchon, qui est parfois dur et adhérent, l'enlever, prévenir les récidives.

a) ***Ramollissement du cérumen.*** — Méthode *extemporanée* : remplissez le conduit auditif d'eau oxygénée; ses propriétés décollantes sont bien connues. Cinq minutes après, vous aurez souvent le bouchon avec la seringue.

Méthode *lente* : prescrivez au malade des instillations bi-quotidienne de

Carbonate de soude.	2 grammes.
Glycérine.	ãã 20 grammes.
Eau.	

Remplir le conduit auditif avec quelques gouttes de ce mélange, tiédi au bain-marie. Laisser cinq minutes, puis éponger le conduit avec de la ouate hydrophile.

Le 3e jour, enlevez le cérumen, qui est ramolli et pâteux.

b) ***Ablation du bouchon.*** — Au moyen d'un ***lavage*** avec la seringue à hydrocèle et un 1/2 ou un 1 litre d'eau bouillie tiède (voir technique, page 58). Dirigez bien le jet de la colonne liquide contre une des parois du conduit et vous expulserez en un bloc ou en plusieurs fragments, auxquels parfois adhèrent des poils,

toute la cire. Cette expulsion est suivie d'un cri d'étonnement ou d'horreur des malades qui protestent hautement et déclarent donner tous les meilleurs soins de toilette à leur conduit! Rassurez-les, calmez leur dégoût, et dites-leur que c'est précisément les soins exquis et minutieux qu'ils prennent avec leurs instruments, porte-éponges, épingles à cheveux, qui sont les principaux coupables.

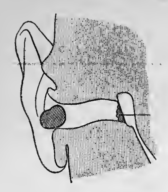


Fig. 135. — Ablation d'un bouchon de cérumen.

Nécessité du séchage et de l'otoscopie, après l'extraction, car il peut persister une goutte d'eau près du tympan ou une parcelle de bouchon, qui entraîne encore une diminution de l'ouïe.

Le lavage terminé, *épongez l'eau qui reste dans l'oreille*, avec de la ouate ou des porte-coton; neuf fois sur dix l'ouïe revient instantanément, à la joie du malade.

Ne le laissez pas partir sans lui *obturer le méat avec un coton*, qu'il gardera vingt-quatre heures, de façon à éviter une inflammation du conduit.

c) ***Prévenir la récidive***. — Interdisez l'introduction d'instruments de nettoyage, apprenez la façon de procéder à la toilette de l'oreille (page 52); soignez l'eczéma chronique s'il existe des démangeaisons.

Et déclarez que, malgré l'observation de ces règles, le cérumen peut réapparaître, si le conduit est petit, très coudé, et s'il y a hypersécrétion glandulaire.

BOUCHONS ÉPIDERMIQUES

Vous ne confondrez pas un bouchon épidermiqne avec un bouchon de cérumen ; le premier est constitué par un amas de squames résultant de la desquamation cutanée du conduit, dans l'eczéma chronique par exemple; le second, par de la cire.

Rappelez-vous que les bouchons épidermiques sont très *durs*, très *adhérents* aux parois du conduit, beaucoup plus *difficilement décollables* par conséquent, et enfin *récidivent* fréquemment.

Donc le traitement comportera des instillations de substances qui *dissolvent l'épiderme*, l'huile salicylée par exemple,

Acide salicylique	5o centigrammes.
Huile de vaseline	5o grammes.

suivies de lavage.

Vous modifierez les téguments afin de prévenir les *récidives*, au moyen d'instillations d'alcool absolu.

EXOSTOSES

Vous constaterez souvent, par hasard, au cours de l'otoscopie, sur les parois du conduit auditif, de petites tumeurs blanc jaunâtre, sessiles ou pédiculées, isolées ou multiples, rétrécissant la lumière du canal.

Elles sont blanches, parce que la peau qui les recouvre est

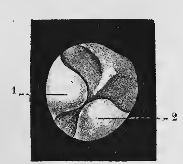


Fig. 136. — Exostoses du conduit.

Elles siègent exclusivement dans la partie profonde, au niveau de la zone osseuse. On voit en 1 et 2 deux exostoses implantées sur les parois antéro-inférieure et postérieure du conduit.

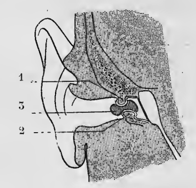


Fig. 137. — Exostoses.

1 et 2. Exostoses. — 3. Cérumen ou débris épidermiques obstruant la lumière du canal comprise entre les deux exostoses, d'où surdité.

amincie. Elles sont très dures au contact du stylet, ce sont des exostoses.

C'est une « curiosité pathologique » que vous rencontrerez chez des goutteux, des syphilitiques, parfois chez des sujets normaux.

Elles ne déterminent aucun trouble, dans l'immense majorité des cas.

Vous ne serez consulté à leur occasion, que lorsque un amas de cérumen aura été refoulé et obstruera la lumière déjà rétrécie du conduit auditif : il y a alors *surdité* brusque (fig. 137).

TRAITEMENT

Instillations de glycérine carbonatée, suivies de lavages répétés ; — ce sera parfois long, surtout s'il y a une otite externe concomitante.

C'est ici qu'il faut être conservateur et ne pas conseiller d'opération. On ne doit en effet recourir à l'ablation de l'exostose que s'il y a rétention purulente en amont.

Après l'extraction du cérumen obstruant, instillation d'alcool absolu, comme astringent des parois cutanées.

CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE

Fréquent chez l'enfant et beaucoup plus dangereux par les tentatives d'extractions maladroites que par leur présence [1].

DIAGNOSTIC

L'enfant niera presque toujours, ou n'avouera pas.

Voici les symptômes pour lesquels vous serez consulté :

1° une obstruction de l'oreille avec **surdité.**

2° des troubles **inflammatoires** : otite externe avec rougeur du méat, sécrétion, etc., provoqués par la présence du corps étranger ou par des manipulations faites pour l'extraire.

Prenez le speculum et le diagnostic sera fait.

TRAITEMENT

Il se résume en ceci :
Ce que le médecin ne doit pas faire ;
Ce qu'il peut faire ;
Ce qu'il conseillera.

1. — *Ce que le médecin* **ne doit pas** *faire.*

Et voici ce qu'il fait parfois, lorsque l'enfant a avoué sa faute mais ne donne aucun détail. Vite, dans un but louable, le méde-

(1) *La Clinique*, n° 19 et GEORGES LAURENS. Chirurgie oto-rhino-laryngologique. Steinheil, 1906.

cin prend un instrument, pince, stylet, sonde cannelée, et se met en devoir d'extraire le corps du délit. Vous risquez alors, sans avoir pris le speculum :

1° de pénétrer dans l'oreille saine, qui ne contient aucun corps étranger et que vous pouvez traumatiser ;

2° d'entrer dans l'oreille malade, mais qui est vide, le corps étranger étant sorti, à peine entré ;

3° de *refouler* celui-ci *dans la profondeur*. Rappelez-vous la forme du conduit, c'est celle d'un sablier qui présente un isthme en son milieu. Si le corps étranger est un peu gros, vous le refoulerez au delà de cette portion rétrécie, l'enclavez dans le conduit osseux et ne pouvez plus l'extraire. Et c'est parfois alors, une otite externe traumatique, une perforation du tympan, une rétention purulente s'il y a une otorrhée préexistante. J'ai eu ainsi l'occasion d'extraire, d'un labyrinthe d'une femme, un fragment de curette brisé par un opérateur qui avait tenté d'extraire un corps étranger qui n'existait plus !...

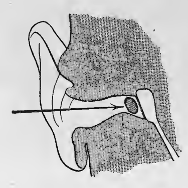


Fig. 138. — Corps étranger refoulé par un stylet dans le conduit osseux, en arrière de l'isthme.

Aussi les *complications* sont-elles plutôt dues au médecin qu'au caillou inoffensif.

2. — *Ce que le médecin* **peut** *faire.*

a. — ***Prendre un speculum d'oreille et regarder.***

Vous constaterez ainsi :

La *présence* ou l'*absence* du corps étranger ;

Sa *nature* (corps inanimé ou vivant). Dans ce cas (larves de mouches, moustiques, etc.), instillez de l'huile, vous asphyxiez l'animal et un lavage l'expulse. Presque toujours, il s'agit d'une perle ou d'un petit caillou ;

Sa *consistance*. Si c'est un corps *mou* qui a gonflé (haricot, pois), rétractez-le pendant quelques jours avec des instillations d'alcool absolu ;

La *situation* qu'il occupe dans le conduit auditif ou dans la caisse ;

Et surtout l'*état des parois* du canal qui peuvent être tuméfiées,

rouges, ulcérées, du fait de tentatives maladroites d'extraction ou de la présence du corps lui-même. Préalablement à l'extraction, calmez l'otite externe par des instillations d'huile ou mieux d'alcool absolu.

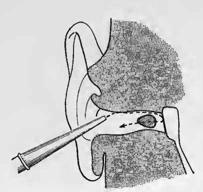


Fig. 139. — Extraction d'un corps étranger de l'oreille.

Direction du jet contre la paroi supérieure ou postérieure du conduit. La colonne liquide passe entre le conduit et le corps étranger, se réfléchit sur le tympan et ramène de dedans en dehors le corps du délit.

Abstenez-vous de toute exploration *avec le stylet*, à moins que vous ne soyez fort expert en otologie.

b. — ***Vous enlèverez le corps étranger au moyen d'injections.***

Procédé inoffensif, efficace dans l'immense majorité des cas. Nécessite parfois un grand nombre de séances, plusieurs jours consécutifs. Chaque fois, faites passer 2 à 3 litres d'eau.

Patience et longueur de temps et vous aurez le caillou.

Pour la *technique* (voir page 58).

c. — ***Difficultés d'extraction.***

Elles sont dues à l'*enclavement* du corps étranger ou à l'*otite externe*. En pareil cas, instillations de glycérine ou d'alcool absolu, pendant quelques jours.

3. — *Ce que le médecin* **conseillera.**

Si vous *ne pouvez extraire* par les lavages le corps étranger, ou si celui-ci a déterminé une *otite moyenne* avec rétention, ne perdez pas de temps et conseillez au malade de recourir à un auriste qui pourra peut-être :

1° Procéder à l'extraction par les *voies naturelles*, avec des *instruments* appropriés : leviers, crochets, pinces, etc.;

2° Sinon, emprunter la *voie rétro-auriculaire*, sous chloroforme (incision dans le sillon rétro-auriculaire, décollement du conduit membraneux et section de ce dernier).

III. - MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE

Il faut distinguer les *otites* moyennes, en *aiguës* ou *chroniques*, *suppurées* ou *non*.

1. — ***Otites moyennes aiguës.*** — Qu'un enfant, atteint de végétations adénoïdes, présente une inflammation du nez ou de la gorge, celle-ci pourra se propager à la trompe d'Eustache et déterminer une otite moyenne aiguë. Si l'infection est peu virulente, il n'y a qu'une simple congestion de la muqueuse. Un degré d'inflammation de plus et vous aurez une hypersécrétion des glandes, en outre de la dilatation des vaisseaux : il y aura donc par conséquent à cette période un épanchement dans la caisse du tympan : c'est une otite *catarrhale* ou *séreuse*. Troisième hypothèse, enfin : les germes infectieux sont très virulents, l'épanchement séreux se transforme en pus : c'est une otite *suppurée*.

Donc *deux* grands *types cliniques* d'otites moyennes aiguës :

a) les unes ***catarrhales;***
b) les autres ***suppurées.***

2. — ***Otites moyennes chroniques.*** — Que le malade néglige de se traiter à temps et les deux variétés précédentes deviendront des :

a) *Otites catarrhales chroniques* ;
b) *Otites suppurées* ou *otorrhées chroniques.*

3. — Il faut y joindre enfin, une troisième forme, l'***otite scléreuse.***

I. — OTITES MOYENNES AIGUËS

Nécessité pour le praticien de bien savoir traiter les otites moyennes aiguës.

Dans le cours de votre vie professionnelle, vous rencontrerez des confrères, à l'esprit très averti, ouvert à toutes les nouveautés

médicales, traitant admirablement une typhoïde, connaissant à fond l'hygiène d'un pulmonaire, et soignant les otites et les rhinites par une vague indifférence. La glycérine phéniquée pour les uns, la pommade mentholée pour les autres : voilà la thérapeutique courante.

Et cependant les otites sont si *fréquentes* et parfois si *graves* qu'elles réclament vos soins, au même titre qu'une pneumonie, une cardiopathie, etc.;

Il faut traiter les otites aiguës :

1° *Au point de vue de la* **fonction auditive**, *pour éviter une surdité incurable*, des *bourdonnements*, etc.;

2° *Au point de vue* **vital**, *car les complications otogènes sont innombrables.* La *mastoïdite est banale, mais beaucoup plus graves sont les méningites, abcès du cerveau, phlébite des sinus.*

Inutile d'insister : vous surveillez quotidiennement le rein dans la scarlatine, le cœur dans le rhumatisme, ayez donc la même sollicitude pour l'oreille au cours d'une otite.

Comment se produit l'infection de l'oreille moyenne.

Elle peut se résumer ainsi : les otites moyennes sont toujours *consécutives* à une infection nasale ou naso-pharyngée, qui se propage à la caisse *par la trompe d'Eustache.*

Donc rhinites, grippe, adénoïdite, fièvres éruptives, obstruction nasale, lavages du nez mal faits, tamponnement du nez et surtout le tamponnement postérieur : la liste des causes d'otites est innombrable. C'est toute la pathologie du nez et du rhinopharynx.

Je les résume dans cette formule : *nez bouchés* ou *infectés.*

Vous observerez les otites tout principalement chez les **enfants**, ce sont eux qui fournissent le plus gros contingent des otites, en raison de la *fréquence* des *infections rhino-adénoïdo-amygdaliennes* dans le jeune âge. Ces infections se produisent surtout dans la saison froide ou humide, et comme les enfants sont fréquemment réunis en agglomération, tous ces faits vous expliquent que vous assisterez à de véritables *épidémies* d'otite, surtout pendant l'*hiver*.

Et de même qu'il existe des types de grippe bien définis parmi les membres d'une même famille : forme gastro-intestinale, respiratoire, nerveuse, de même vous aurez des grippes à forme otitique, ce qui vous explique la *contagion* possible.

Deux types cliniques d'otites moyennes aiguës.

1° otites *catarrhales*;
2° otites *purulentes*.

A. — OTITE MOYENNE AIGUË CATARRHALE OU SÉREUSE

PATHOGÉNIE

Voici un cas type très fréquent. C'est un enfant, porteur de végétations adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées. Du fait de la présence ou de l'inflammation de ce tissu adénoïde, la trompe d'Eustache s'oblitère ou s'enflamme : le résultat est le même, car l'air ne pénètre plus dans la caisse du tympan. Par suite de cette raréfaction, d'une part, la pression atmosphérique refoule le tympan vers l'oreille moyenne, et, d'autre part, les petits capillaires de la muqueuse de la caisse se dilatent. C'est un phénomène de même ordre que celui qui se produit dans les ascensions en montagne, en ballon, où l'on assiste à de véritables hémorragies des muqueuses. Dans l'oreille moyenne, ce n'est qu'une simple congestion. Mais sous l'influence de la dilatation des petits vaisseaux, il se produit à travers leurs parois une transsudation de sérum, d'où la production d'un *épanchement séreux* dans la caisse.

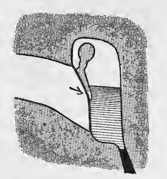


Fig. 140. — Otite moyenne aiguë catarrhale.

On voit que la trompe d'Eustache est totalement obstruée et qu'il y a un épanchement dans la caisse.

Quelle va être l'**évolution anatomique** *de cette forme d'otite* ?

1° *Guérison par résorption.* — Presque toujours, la perméabilité de la trompe se rétablit spontanément, après disparition de l'adénoïdite ou dans un effort de mouchage, la pression redevient normale et le liquide se résorbe;

2° *Passage à l'état d'otite moyenne catarrhale chronique.* — Mais souvent l'obstruction tubaire persiste, le tympan reste fixé en mauvaise position, les osselets s'ankylosent, il se produit des adhérences entre le tympan, les osselets et la paroi interne de

la caisse, il se forme une otite *adhésive* : une lésion chronique, qui aboutit à la surdité ;

3° Des *récidives* fréquentes surviennent, surtout chez les enfants, tant qu'ils ne sont pas débarrassés de leurs végétations;

4° La transformation possible en *otite moyenne suppurée.* Le liquide est aseptique, il est vrai, et contient rarement des microbes. Mais il peut s'infecter.

SYMPTOMES

Les notions pathogéniques précédentes vous les expliquent. Otite indolore bien souvent, mais parfois chez l'enfant provoquant de vives douleurs, très fugaces, sans fièvre ni symptômes généraux.

SIGNES FONCTIONNELS

L'oreille est troublée dans son fonctionnement, puisqu'il y a congestion de la muqueuse de la caisse, parfois même un épanchement séreux. Ce petit matelas d'eau interposé sur la voie des ondes sonores vous donne la clef de tous les symptômes : ***sensation d'oreille bouchée***, de *coton* dans le conduit, de plénitude auriculaire; parfois sensation de *déplacement de liquide* dans l'oreille à l'occasion de mouvements de tête, de *gargouillement* en se mouchant.

Vous comprendrez de même que le malade présente de la ***surdité***. Et celle-ci est essentiellement *variable*, accompagnant les déplacements du liquide intra-tympanique. Il arrive parfois que le sujet entend parfaitement dans la position couchée, alors qu'il est sourd s'il redresse la tête. La surdité s'atténue souvent pendant quelques instants, au moment où le malade débouche sa trompe, par exemple, dans un effort de mouchage.

Un symptôme sur lequel il attirera quelquefois votre attention est l'***autophonie*** : le malade entend sa voix résonner dans l'oreille d'une façon toute spéciale. Et ce phénomène s'explique par la vibration des ondes sonores qui ne peuvent s'échapper à travers l'oreille moyenne malade qui forme écran. Ce phénomène est absolument du même ordre que celui qui se produit si vous parlez en obturant avec le doigt une oreille normale : vous entendez la vibration de votre voix.

A ce tableau clinique, joignez les ***bourdonnements*** et vous aurez déduit rationnellement tous les symptômes de l'otite catarrhale, du seul fait de la connaissance de ses lésions anatomiques

EXAMEN OTOSCOPIQUE

Mesurez l'acuité auditive et vous verrez qu'elle a considérablement diminué.

Si vous conduisez à cette période votre malade chez un auriste, celui-ci, au moyen de la douche d'air avec la poire de Politzer,



Fig. 141. — Image du tympan au début d'une otite moyenne aiguë.

Au début, lorsqu'il y a simplement de la *congestion* de la muqueuse de la caisse, le tympan vous apparaîtra *enfoncé*, *rouge* au niveau du pôle supérieur et du manche du marteau. C'est, en effet, la partie de la membrane qui se congestionne en premier lieu, puisque c'est par là que les vaisseaux abordent le tympan : c'est la zone la plus vasculaire. Le tympan est parsemé de *vaisseaux radiés*. *Le triangle lumineux a disparu.*

Fig. 142. — Image du tympan à une *période plus avancée* quand il y a *épanchement dans la caisse.*

S'il y a *exsudat abondant* dans la caisse, il refoule le tympan et vous apercevez en quelque sorte à sa surface une *ligne de niveau* (1). Cette ligne marque deux colorations bien tranchées du tympan qui est grisâtre au-dessus, jaunâtre au-dessous. Cette ligne est assez rare.

Fig. 143.

Beaucoup plus fréquentes sont les *bulles d'air* appliquées contre la face interne de la membrane et contenues au milieu du liquide; ces bulles se déplacent quelquefois par les mouvements de la tête, après des efforts de mouchage.

mais surtout avec le cathétérisme, améliorera considérablement, mais momentanément, l'audition.

A cette otoscopie, joignez l'*examen du nez* et du *pharynx nasal* et vous trouverez là certainement la cause de l'otite.

TRAITEMENT

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

C'est de traiter pareille otite comme quantité négligeable et de dire à chaque récidive que « cela se passera en grandissant », s'il s'agit d'un enfant.

C'est de déclarer à la mère, quand elle vous consulte sur l'inattention de son enfant, que « ce n'est rien ».

C'est de soigner chaque otalgie ou chaque crise de surdité, quand vous êtes appelé, sans chercher la cause.

En somme, pas de négligence : il y a une question auditive en jeu.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

a) *Traiter les symptômes* (douleurs, inflammation du tympan), ainsi que la *cause* (rhinite, amygdalite, etc.).

b) Conseiller un *traitement spécial*, au cas où la surdité persiste.

c) Faire un *traitement prophylactique*.

a) **Traitement symptomatique** (*calmer les douleurs et l'inflammation*). — Voici une excellente mixture analgésiante et résolutive : la glycérine phéniquée. Mais vous prescrirez la glycérine neutre et l'acide phénique neigeux pour éviter la causticité.

Formulez :

Acide phénique neigeux	2 grammes
Glycérine neutre.	100 —

Remplir l'oreille avec quelques gouttes de ce mélange, tiédi au bain-marie. Garder cinq minutes, sécher et fermer l'oreille avec de la ouate *non* hydrophile.

Renouveler toutes les 2 heures.

Donner toutes les explications contenues au chapitre « Instillation ». (Voir page 54.)

En même temps, vous soignerez le nez ou la gorge, causes de l'otite, par des pommades appropriées.

Au bout de 8 à 10 jours, le malade doit être très amélioré ou guéri, sinon vous conseillerez le

b) **Traitement par l'aération tubo-tympanique**. — Il sera alors formellement indiqué de désobstruer la trompe d'Eustache et la caisse, au moyen de douches d'air ou mieux de *cathétérismes*, sinon la surdité peut s'installer définitivement. (Voir page 49.)

c) **Traitement prophylactique**. — Vous avez vu précédemment que le mauvais état du nez, du cavum ou du pharynx, avait joué le principal rôle dans l'éclosion de l'otite.

Prévenez donc le retour, la *récidive* de celle-ci en appliquant le traitement causal opportun : traitement de la rhinite ou de la pharyngite, désobstruction du nez s'il y a de la rhinite hypertrophique, extirpation des polypes muqueux, et surtout ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.

Vous lèverez ainsi les causes d'*obstruction* et d'*inflammation*.

B. — OTITE MOYENNE AIGUË SUPPURÉE

Considérations anatomiques.

Dans les otites moyennes purulentes, la suppuration :

1° est presque toujours *généralisée* à la caisse du tympan;

2° est parfois *enkystée*, en haut principalement, par un cloisonnement de la muqueuse;

3° se *propage* à l'*antre mastoïdien*, en raison de la libre communication de celui-ci avec la caisse. Il y a donc toujours du pus dans l'antre au cours de toute otite moyenne, mais il n'y a mastoïdite que lorsqu'il y a rétention purulente et ostéite de l'apophyse.

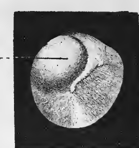


Fig. 144. — Otite enkystée.

Le tympan est bombé et présente une voussure, une poche dans le quart postéro-supérieur (1).

DÉBUT DE L'OTITE SUPPURÉE

Trois modes de début :

1° *Brusque*, cas le plus fréquent. L'otite se révèle par une douleur violente accompagnée de signes généraux et locaux; c'est l'affaire de quelques heures, d'un jour au plus (otite grippale, par exemple);

2° *Progressif*, entrecoupé de périodes de rémission. L'otite met plusieurs jours à se déclarer;

3° *Traître*. Il est marqué par ce que j'appelle le *signe de l'oreiller*. Les signes du début paraissent inaperçus, soit qu'il s'agisse d'un enfant, soit d'une maladie infectieuse dont les autres symptômes priment ceux de l'otite.

Un médecin prévenu et averti soupçonnera quelque surprise désagréable par l'ascension thermique, lorsque un beau matin,

une ou plusieurs taches de pus révélatrices sur l'oreiller feront faire le diagnostic.

SYMPTOMES

Vous allez les déduire immédiatement par le raisonnement.

L'otite moyenne aiguë suppurée est un vulgaire abcès chaud, un phlegmon de la caisse du tympan, développé dans deux cavités osseuses closes et communicantes (oreille moyenne et antre), inextensibles, sauf en un point (le tympan). En outre, cette cavité est située dans le crâne, par conséquent au voisinage des méninges.

Vous observerez donc tous les symptômes des abcès chauds : signes généraux (fièvre, inappétence, etc.) et signes locaux (douleur, rougeur du tympan, gonflement, etc.). Reportez-vous aux signes classiques des abcès, en pathologie générale, et vous aurez résolu la question.

La localisation de l'abcès à l'oreille moyenne imprime quelques caractères spéciaux à la maladie.

SIGNES FONCTIONNELS.

La **douleur** est atroce dès le début, elle va *crescendo*, elle dure 3, 4 et 5 jours, jusqu'à ce que le tympan cède ou soit crevé. Elle est nocturne surtout, avec irradiations dans la tête et la mastoïde. L'apophyse est très sensible à la pression du doigt, en deux points surtout, à la base et à la pointe. Souvent même, la peau de la région mastoïdienne est rouge, œdématiée, gonflée (il y a de la périostite). N'allez pas trépaner, surtout, comme je l'ai vu faire souvent : cet incendie va s'éteindre après une paracentèse.

Bourdonnements synchrones au pouls et *surdité*, sont la règle.

Les signes généraux ne manquent jamais : la *fièvre* est parfois très élevée, et chez les jeunes enfants il existe des phénomènes nerveux intenses : agitation, délire, convulsions, méningisme.

EXAMEN OTOSCOPIQUE

Il est différent selon que vous êtes appelé avant ou après la perforation du tympan.

a) ***Avant la perforation du tympan.*** — Commencez d'abord par examiner l'*oreille saine* pour avoir un élément de comparaison. (Fig. 145, 146, 147.)

b) ***Après la perforation du tympan.*** — Elle se **produit**



Fig. 145. — Image otoscopique du début de l'otite suppurée, *avant* la perforation du tympan.

Au début, la membrane est rouge au niveau de son pôle supérieur et du manche du marteau. On aperçoit de petites *arborescences capillaires* sillonnant le manche et le tympan.

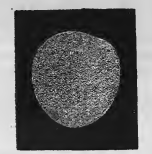


Fig. 146. — Le tympan *avant* la perforation.

A un stade plus avancé, le tympan apparaît uniformément *rouge*, vous ne distinguez plus sa coloration ni ses points de repère.

ordinairement vers le troisième ou le quatrième jour. Elle est



Fig. 147. — Le tympan *avant* la perforation.

Plus tard enfin, c'est-à-dire le deuxième ou troisième jour, la membrane n'est plus concave, mais refoulée en dehors par l'épanchement de la caisse, elle est comme *bombée*, tendue. Cette voussure est tantôt généralisée, mais parfois n'occupe que la région postéro-supérieure.

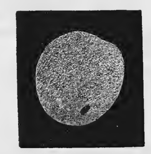


Fig. 148. — Siège le plus fréquent de la *perforation* du tympan dans l'otite moyenne aiguë suppurée.

Elle apparaît généralement sous forme d'un *point pulsatile, brillant* comme une gouttelette de mercure se détachant sur le fond rouge de la membrane, *en avant et en bas*. (Le point brillant est un reflet dû à l'éclairage de votre miroir, la pulsation est due aux battements transmis au pus par les vaisseaux dilatés de la caisse.)

marquée par la cessation ou la diminution de la douleur et de la fièvre et par l'apparition d'un écoulement. C'est un liquide,

d'abord séreux, quelquefois sanguinolent, qui devient rapidement muco-purulent. Vers la fin de l'otite, il est muqueux.

Le ***siège*** de la perforation n'est pas toujours facile à voir. Pour la déceler, vous procéderez à un nettoyage du conduit, au moyen de porte-cotons aseptiques.

Cette perforation peut se présenter sous différents aspects.

Il est parfois très difficile de reconnaître la présence d'une *perforation minime*; séchez bien minutieusement le conduit et vous apercevrez alors, avec un bon éclairage, du pus filant qui s'écoule en bavant, à travers un pertuis punctiforme. N'apercevez-vous rien; recommandez au malade de faire le Valsalva et, tout en éclairant le fond du conduit auditif, vous verrez alors du pus spumeux, présentant des bulles d'air, qui s'écoule à travers un point de la membrane, et vous entendrez un *bruit de gargouillement* : c'est le bruit de la perforation.

ÉVOLUTION DE L'OTITE AIGUË SUPPURÉE

Aussitôt après la perforation tympanique et comme, du reste, après l'ouverture de tout abcès, la fièvre et les douleurs cessent, soit brusquement, soit en lysis....

1° **La durée de l'otite.** — Cette durée varie de deux à trois semaines, en général, mais vous observerez fréquemment des otites, même admirablement traitées, qui persistent six ou sept semaines; d'autres, dont l'évolution est rapide et se fait en quelques jours.

Un bon *signe de guérison* consiste dans la *diminution de l'écoulement* qui devient *muqueux* et *filant*;

2° Les lésions tympaniques **régressent** suivant un ordre invariable : le tympan, de rouge qu'il était, devient grisâtre, puis on voit apparaître de petits vaisseaux radiés; au bout de quelques jours les points de repère deviennent visibles et on voit se dessiner, sous forme d'un point jaunâtre, la courte apophyse et plus tard, à la fin de l'otite, le manche du marteau.

Au début de vos exercices otoscopiques, suivez l'évolution d'une otite suppurée depuis le début jusqu'à la guérison, vous noterez tous ces détails, au jour le jour, et votre rétine impressionnée par ces souvenirs visuels, ne les oubliera jamais. Autre avantage : si vous êtes consulté par un malade au cours d'une otite suppurée, vous pourrez faire le diagnostic à peu près pré-

cis de la période où il se trouve, et formuler un pronostic, d'après l'aspect du tympan et la qualité du pus.

Finalement, l'otite guérie, le tympan reprend son aspect primitif et l'ouïe redevient normale au bout de quelques semaines.

Comment formuler un pronostic.

Vous serez ***optimiste*** si l'évolution a été classique comme celle qui vient d'être décrite et vous pourrez affirmer la guérison et le retour de l'audition.

Mais, faites l'otoscopie fréquemment, la paracentèse à temps et ne considérez pas la guérison spontanée de l'otite comme une règle absolue.

Vous serez, sinon ***pessimiste***, du moins *réservé* dans les cas suivants, qui témoignent d'une **complication** :

1° Si le *terrain* est mauvais, il comporte un élément de pronostic grave : ainsi chez les diabétiques, chez les tuberculeux l'otite est chronique d'emblée, sans grande tendance à la guérison;

2° Si l'*agent infectieux* est *virulent* : ainsi dans les otites des maladies infectieuses (diphtérie, scarlatine surtout), avec destruction rapide d'une grande partie de la membrane et parfois des osselets. Quel que soit le traitement, l'avenir auditif d'une pareille oreille est compromis;

3° Si la perforation présente plusieurs *aspects* particuliers :

a) **fermeture trop précoce.** — Il éclate alors des phénomènes de rétention, marqués par de la fièvre, de la douleur et des troubles généraux. Il faut réouvrir le tympan;

b) si la perforation *siège au sommet d'une poche* mamelonnée, indice d'un drainage insuffisant et de fongosités dans l'oreille moyenne : il faut agrandir la perforation;

c) si la perforation subsiste *après la guérison de l'otite* : la communication large et permanente de la caisse avec le conduit auditif facilite la réinfection de l'oreille moyenne;

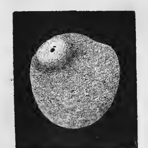
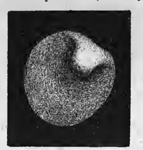


Fig. 149. — Perforation du tympan, à sa partie supérieure.

Lorsque le tympan est bombé en forme de *poche* (habituellement dans le quart postéro-supérieur), la *perforation* se trouve *au sommet du mamelon.*

4° Si les **symptômes fonctionnels ne rétrocèdent pas**, malgré une perforation large, c'est-à-dire si l'écoulement est abondant, si la fièvre persiste, s'il y a une douleur mastoïdienne, légère



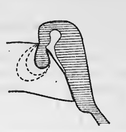
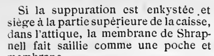


Fig. 150. — Perforation supérieure, au sommet d'une poche.



Si la suppuration est enkystée et siège à la partie supérieure de la caisse, dans l'attique, la membrane de Shrapnell fait saillie comme une poche et pend comme *un polype* au-devant de la membrane.

Fig. 151.

C'est la figure précédente, vue de profil. On assiste au mécanisme de la formation de la poche tympanique.

mais tenace, s'il y a de la céphalée, même intermittente. En pareil cas, surveillez l'apophyse, méfiez-vous d'une mastoïdite ;

5° Dans la **chronicité de la suppuration.** C'est peut-être la complication la plus fréquente et la plus évitable, qui se produit principalement dans les otites mal ou non soignées.

Le ***pronostic de l'audition*** est fonction de la durée de l'écoulement, de la cicatrisation ou de la persistance de la perforation.

FORMES CLINIQUES DES OTITES AIGUËS SUPPURÉES

Les formes cliniques des otites moyennes aiguës suppurées sont commandées :

1° par l'*âge* des malades ;

2° par la *cause* de l'otopathie.

I. — ***L'âge*** *du malade donne une otite spéciale* qui varie chez le nourrisson, l'enfant, le vieillard.

Otite des nourrissons. — Vous n'y songerez presque jamais, lorsqu'un jour, le *signe de l'oreiller*, maculé de plusieurs taches de pus, sera le premier indice révélateur de l'otite et vous fera faire un diagnostic rétrospectif.

C'est alors que vous vous expliquerez la fièvre jusque-là « inexpliquée », l'amaigrissement, la diarrhée, les cris, et l'ensemble

des troubles antérieurs, dont une exploration minutieuse de tout le corps du nourrisson n'avait pu vous donner la cause.

Pronostic favorable. *Pas de glycérine phéniquée*, mais de l'eau oxygénée boratée, pure, en instillations dans le conduit.

Otite des enfants. — Rappelez-vous simplement les trois points suivants :

1° L'otite est plus **fréquente** chez l'enfant que chez l'adulte, pour des raisons multiples : béance exagérée de la trompe d'Eustache dans le jeune âge, qui facilite la propagation de l'inflammation ; et d'autre part, la fréquence des infections naso-pharyngées (fièvres éruptives, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales) ;

2° Des **accidents nerveux** et **méningés** marquent souvent le début de l'otite : convulsions, vomissements, etc. C'est dans ces cas où une paracentèse opportune vous fera croire que les petits malades sont des « *rescapés* » de méningite.

3° L'*image du tympan* chez l'enfant, atteint d'otite, diffère de celle de l'adulte ; la membrane est plus inclinée, elle ne bombe pas toujours, elle n'est pas toujours rouge comme chez l'adulte, mais parfois simplement vascularisée et grisâtre.

Otite du vieillard. — Le tympan étant scléreux : 1° *ne rougira pas* et restera blanc (il y aura simplement de petits vaisseaux filiformes cheminant le long du manche du marteau) ; 2° *résistera* à la pression du pus et ne cèdera pas.

Vous vous guiderez donc surtout, sur les phénomènes subjectifs, sur les troubles généraux et sur la vascularisation du manche du marteau, pour pratiquer une paracentèse précoce.

II. — La ***cause*** *de l'otite lui imprime une forme spéciale.*

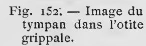


Fig. 152. — Image du tympan dans l'otite grippale.

La membrane est recouverte de phlyctènes séreuses et sanguinolentes.

Otite grippale. — Ses caractères sont tout à fait particuliers. C'est d'abord une tendance aux hémorragies : vous trouverez souvent la peau du conduit parsemée de *phlyctènes hémorragiques*, le tympan recouvert de vésicules *séreuses* ou sanguinolentes, d'*ecchymoses*. En outre, elle s'accompagne fréquemment de *mastoïdite*.

Otite des fièvres éruptives. — La *rougeole*, mais surtout

la *scarlatine*, détermine fréquemment des lésions osseuses, mastoïdiennes.



Fig. 153. — Vaste perforation du tympan.
Lorsque la perforation est *très grande* (otites des fièvres éruptives, par exemple), elle apparaît comme une tache obscure.

La caractéristique de l'*otite scarlatineuse*, c'est sa grande rapidité, volatilisant parfois le tympan, les osselets, produisant des nécroses étendues et compromettant sérieusement l'audition. Son pronostic est des plus graves.

Otite diabétique. — A retenir simplement que la suppuration est extrêmement *abondante*, *crémeuse*, et d'autre part, le diabétique fait souvent de la mastoïdite, sans grande réaction locale et générale.

TRAITEMENT

Ce qu'il faut éviter.

C'est de considérer l'otite moyenne aiguë suppurée comme une affection banale, qui guérit toujours d'elle-même. L'appendicite, direz-vous, guérit, elle aussi, souvent spontanément.

Mais il ne faut pas oublier que oreille et appendice constituent, en cas d'abcès, deux vases clos ; que la rupture peut se faire favorablement, à travers le tympan ou dans le cæcum, mais aussi dans des cas défavorables, dans les méninges et dans le péritoine !

A. — *AVANT LA PERFORATION DU TYMPAN*

Vous éviterez :

1. — D'infecter l'oreille par des **mixtures** polychromes, soi-disant analgésiantes et antiseptiques. C'est faire de mauvaise besogne que de transformer le conduit auditif en un champ d'épandage, au moyen de tous les baumes calmants officinaux ;

2. — De prescrire des **lavages**, qui sont *inutiles*, puisqu'il n'y a rien à laver, et *douloureux*, puisque le tympan est enflammé ;

3. — *D'attendre que le* **tympan se crève seul**. Jusque-là vous laissez le malade souffrir, et si la bonne nature en perforant le tympan 9 fois sur 10, veut bien se charger d'une tâche que vous

ne voulez pas faire, dans d'autres cas la membrane résiste et vous encourez la responsabilité de complications graves.

En présence d'un abcès ou d'un phlegmon banal, on n'hésite pas à l'ouvrir, pourquoi agir ici différemment?

Nombre de mastoïdites que j'ai eu à trépaner tenaient à ce que l'otite avait été « mal prise » au début.

Ne redoutez pas la paracentèse du tympan : elle n'a jamais rendu sourd un malade. Certes, direz-vous, elle ne suffit pas à préserver l'otitique de complications mastoïdiennes ou cranio-cérébrales. C'est exact, mais la chirurgie est-elle toute puissante?

B. — *APRÈS LA PERFORATION*

Vous éviterez :

1. — Un **drainage insuffisant**. Donc, crevez largement le tympan et ne faites pas une simple piqûre avec l'aiguille à paracentèse;

2. — De prescrire des lavages quotidiens et de **cesser toute surveillance** auriculaire, en déclarant que l'otite va guérir. C'est une grosse négligence. Vous ne devez pas considérer comme une guérison l'affirmation du malade déclarant que son oreille « a cessé de couler ». Otoscope en main, vous devez vous assurer que le tympan est cicatrisé, que l'ouïe est revenue à la normale et qu'il ne persiste pas une otorrhée chronique;

3. — *De pécher par l'excès contraire*, c'est-à-dire de faire une thérapeutique trop active. Donc, pas d'attouchements trop répétés du tympan, pas de traumatismes, pas de paracentèses renouvelées 3 et 4 fois. Toute plaie chirurgicale ne doit pas être tourmentée.

Et si, par hasard, le tympan se ferme constamment et que la perforation soit obstruée par des fongosités, ne prenez plus le speculum, mais interrogez la mastoïde.

Ce qu'il faut faire.

1. — *Traiter l'otite suppurée comme tout abcès*, c'est-à-dire chirurgicalement et aseptiquement, mais peut-être avec plus de soin encore, en raison du voisinage de cet abcès avec la mastoïde et les méninges;

2. — Prescrire un traitement préventif, *prophylactique*.

A. — *AVANT LA PERFORATION DU TYMPAN*

Voici les **indications** :

1. *Calmer* et *résoudre l'inflammation*;

2. *Inciser l'abcès* quand il est constitué, c'est-à-dire faire la *paracentèse* du tympan.

I. — ***Thérapeutique calmante, résolutive et antiseptique.*** — C'est celle de l'otite catarrhale : *bains* de glycérine phéniquée tiède à 1/50 toutes les deux heures, chez l'adulte et l'enfant; remplacés chez le nourrisson par des instillations d'huile de vaseline.

Applications de compresses humides chaudes sur la région otomastoïdienne, renouvelées toutes les demi-heures.

Traitement de l'inflammation rhino-pharyngée, au moyen d'une *pommade* nasale : faire renifler 3 fois par jour, gros comme un pois par chaque narine de

Camphre.	0,20	centigrammes.
Eucalyptol.	0,25	centigrammes.
Vaseline.	20	grammes.

gargarismes chauds.

II. — ***Incision***, ou ***paracentèse du tympan.***

Quand faut-il inciser le tympan? — *Lorsqu'il y a du pus*, afin d'éviter la rétention.

Quand saurez-vous qu'il y a du pus dans la caisse? Ici encore, c'est le raisonnement combiné à l'otoscopie, qui guidera le médecin; c'est-à-dire lorsque vous verrez évoluer tous les symptômes de l'abcès de la caisse :

1° s'il y a de la *fièvre*, des *phénomènes généraux* ou *méningés* persistants;

2° si les *douleurs* sont violentes;

3° si les signes locaux augmentent : *bombement* du tympan refoulé par le pus, douleur vive et gonflement de la *mastoïde*;

4° dans les otites des *maladies infectieuses*, afin d'éviter des délabrements.

En général, *le soir du troisième jour*, le tympan doit avoir été perforé spontanément ou par le médecin.

Vous devrez également pratiquer la paracentèse dans les deux cas suivants :

Si la perforation tympanique, naturelle ou artificielle est *insuffisante*, et détermine des accidents de *rétention* (fièvre, dou-

leurs mastoïdiennes, céphalée). Agrandissez alors l'ouverture, pour assurer un meilleur drainage.

Lorsque la perforation *siège* à la partie supérieure de la membrane. Il faut paracentéser alors en un point déclive.

Technique de la paracentèse. — Désinfectez *et nettoyez le conduit* par un bain d'eau oxygénée, suivi d'un nettoyage à sec avec des porte-cotons stérilisés;

Faites l'**anesthésie** *du tympan* chez l'enfant et chez l'adulte, car l'incision est très douloureuse. La tête du malade étant bien inclinée horizontalement, versez dans le conduit 3 à 4 gouttes du mélange de Bonain

Chlorhydrate de cocaïne.	ãã 1 gramme.
Menthol.	
Acide phénique neigeux.	

de manière que le tympan soit bien baigné par le liquide; ou bien et de préférence, à plusieurs reprises, faites des attouchements de la membrane avec un pinceau imbibé du mélange.

Dix minutes après, séchez avec des porte-cotons et vous verrez le tympan *blanc*, comme si vous aviez pulvérisé à sa surface un jet de chlorure d'éthyle.

Pas d'anesthésie chez le jeune enfant; la rapidité opératoire et une solide contention de la tête, des mains et des épaules sont préférables; opérez-le, de préférence, couché sur un lit.

Mettez le malade en place, c'est-à-dire la tête bien appuyée, concentrez son attention ailleurs que sur le bistouri : qu'il saisisse donc fortement les bras du fauteuil.

Incisez le tympan. *Éclairez-le bien* et pour que votre main droite ne vous masque pas les rayons lumineux provenant de la lampe, mettez celle-ci sur un plan supérieur à celui de l'oreille. — *Placez le speculum* (le plus large possible), prenez l'*aiguille à paracentèse* (préalablement bouillie), et *incisez là où le tympan bombe fortement*, le *plus bas possible. Pas de piqûre surtout*, mais une *large incision* de 4 à 5 millimètres.

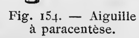


Fig. 154. — Aiguille à paracentèse.

N'enfoncez pas l'aiguille profondément dans la caisse, comme si vous vouliez tout transfixer (5 ou 6 millimètres peut-être, séparent le tympan de la paroi interne de la caisse, qui n'est pas anesthésiée, et que vous pourriez gravement blesser). Piquez donc la membrane en haut, bien dou-

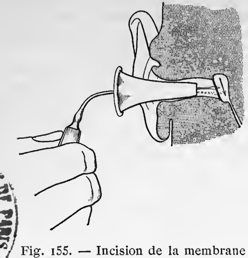


Fig. 155. — Incision de la membrane de haut en bas.



Fig. 156. — Ligne d'incision pour l'ouverture du tympan.

cement, comme si vous vouliez percer la pellicule d'un œuf, puis coupez franchement de haut en bas, sur une hauteur de 4 à 5 millimètres. Retirez l'instrument et recommandez ensuite au malade de faire le Valsalva, qui permettra l'échappement du pus. Donnez un bain d'oreille avec de l'eau oxygénée à 12 volumes, neutre. Séchez au bout de cinq minutes. Et placez un tampon d'ouate à l'entrée de l'oreille.

B. — *APRÈS LA PERFORATION DU TYMPAN, PANSEMENTS.*

Il y a deux façons de les concevoir ; selon que l'on est partisan des pansements secs ou des pansements humides ; selon que le médecin soigne lui-même journellement l'otitique, ou au contraire qu'il confie le traitement au malade lui-même, tout en le surveillant.

Si on applique le **pansement sec**, l'auriste ou le médecin, matin et soir, nettoie lui-même le conduit auditif, puis il introduit une mèche de gaze aseptique, dans le but de drainer l'oreille moyenne et d'éviter les infections secondaires. Un pansement de tête complète le tout.

C'est une théorie et un mode de thérapeutique excellents des

otites, mais je ne vois pas le médecin de campagne traiter de la sorte, deux fois par jour, toutes les suppurations auriculaires, rurales et hivernales; or, elles sont nombreuses. Outre qu'un assistant otologique lui deviendrait indispensable pour ses tournées, les soins d'une otite deviendraient singulièrement dispendieux pour ses pauvres clients.

Ce mode de traitement est inapplicable à l'hôpital, à la campagne. Et, en somme, il ne doit pas y avoir deux procédés thérapeutiques des otites : l'un, compliqué à l'usage des gens du monde; l'autre, simple et populaire.

Depuis quinze ans je suis partisan des ***pansements humides***, exécutés par le malade lui-même, et cette thérapeutique a l'avantage d'être applicable à tous, indigents et malades de la classe aisée. Je considère que, dès que l'otite est ouverte, l'otologiste aussi bien que le médecin ne peut plus rien ; que la suppuration a une évolution cyclique comme une pneumonie, une typhoïde, etc., et que le rôle du praticien doit se borner à un acte de surveillance.

Vous guérirez ainsi les otites aiguës tout aussi bien, et aussi vite, qu'avec les pansements secs.

Technique du pansement. — Il sera fait, matin et soir; trois et quatre fois par jour au besoin, si la suppuration est profuse. Il consistera, en ***instillations*** dans l'oreille d'***eau oxygénée*** pure à 12 volumes, boriquée, pendant 2 à 3 minutes. Ces instillations seront renouvelées deux à trois fois à chaque séance, de façon à nettoyer le conduit auditif du pus qu'il renferme ; quand l'eau aura suffisamment moussé, elle sera épongée avec de l'ouate.

Ces bains d'eau oxygénée seront continués jusqu'à la fin de l'otite.

Prescrivez des recommandations rigoureuses, au point de vue de l'*asepsie*, lavage des mains avant et après le pansement. Employez de petits paquets d'ouate hydrophile, conservée dans les rouleaux de papier, dans une boîte aseptique, ou dans une serviette; n'utilisez pas des ballots d'ouate d'un 1/2 kilogramme des magasins de nouveautés, traînant sur les lits ou sur les tables.

En cas de *dermite*, provoquée par le pus, de folliculite de la joue fréquente chez l'enfant, appliquez après le bain d'oreille, une couche de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.	} āā 1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth.	}
Vaseline.	10 —

Si la suppuration est extrêmement *abondante*, ordonnez un ou deux *lavages* quotidiens, avec un litre de solution de sérum artificiel (une cuillerée à café 1/2 de sel marin dissous dans un litre d'eau bouillie); avec des solutions alcalines :

Chlorure de sodium.	7 grammes.
Borate de soude.	8 —
Eau bouillie.	1 litre.

Ces lavages seront faits avec le bock chez l'adulte, avec la poire en caoutchouc chez l'enfant.

Le *médecin*, après avoir donné les *détails de la technique* des pansements, **surveillera** l'oreille, la mastoïde, l'état général. L'*otoscopie* sera faite tous les 2 jours pendant la première semaine, puis tous les 3 ou 4 jours. L'examen de la perforation vous assurera de la qualité du drainage. L'*apophyse* sera palpée à chaque visite, pendant toute la durée de l'otite. La *température*, régulièrement prise jusqu'à la fin.

Que si vous ne pouvez exercer cette surveillance méthodique, quoique intermittente, vous recommanderez au malade :

Le *repos à la chambre*, pendant les premiers jours, tant qu'il y a de la fièvre.

De *revenir au plus tôt*, s'il survient des accidents de rétention c'est-à-dire cessation de l'écoulement et apparition d'une douleur mastoïdienne.

Vers le quinzième ou le vingtième jour, la suppuration change d'aspect et le pus devient filant, muqueux. Continuez l'emploi de l'eau oxygénée, jusqu'à cicatrisation. Que le praticien ne tente pas l'insufflation de poudres dans le conduit auditif, l'instillation d'alcool; réservez l'emploi de ces procédés spéciaux aux auristes.

Lorsque, quinze jours après la guérison, l'audition n'est pas revenue à la normale, il sera bon de faire vérifier et explorer l'oreille par un spécialiste.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'OTITE SUPPURÉE

Il comprend les indications suivantes :

1° *Prévenir l'otite aiguë*, au cours des infections aiguës naso-pharyngées, par l'antisepsie nasale au moyen de pommades ou d'instillations d'huile chez les enfants. — Recommander également au malade d'*éviter des efforts de mouchage*, pour ne pas infecter l'oreille et de ne pas faire de lavages du nez;

2° Si le nez et le cavum sont *chroniquement infectés* et que l'otite traîne en longueur (cinq, six semaines), un des meilleurs procédés de la guérir est de curetter les végétations adénoïdes;

3° De toutes façons, ces opérations seront faites, après guérison de l'otite, pour en prévenir la *récidive*.

II. — OTITES MOYENNES CHRONIQUES OTORRHÉES CHRONIQUES

On désigne ainsi, tout écoulement purulent de l'oreille moyenne datant de trois mois au moins.

NOTIONS INDISPENSABLES POUR LE MÉDECIN

Bien souvent, trop souvent, il n'est consulté par le malade otorrhéique, jusque-là négligent, que :

1° pour une *suppuration plus abondante*, un réchauffement d'une otorrhée ancienne ;

2° pour une poussée d'*otite externe*, un eczéma auriculaire qui vous fait par hasard découvrir la cause de la suppuration dans l'oreille moyenne ;

3° pour des *douleurs*, avec signes généraux graves, déterminés par la rétention purulente.

Et cependant, cette pyorrhée qu'on méprise est la plus grave de toutes les affections de l'oreille :

au point de vue **auditif**, car elle entraîne la surdité;

au point de vue **vital**, parce que sournoisement, insidieusement, elle détermine des complications mortelles.

Par conséquent, malades et médecins sont gravement coupables de négliger une otorrhée qui est essentiellement curable.

CAUSES DE L'OTORRHÉE CHRONIQUE

Elles sont presque toujours imputables au malade ou au médecin.

1° C'est une ***otite*** moyenne purulente aiguë, ***négligée*** ou ***mal soignée***, dans l'immense majorité des cas;

2° C'est un ***nez infecté*** (suppuration chronique), ou ***bouché*** (végétations adénoïdes), qui entretient l'infection tubaire ou tympanique (cause encore évitable);

3° C'est la ***gravité de l'infection première*** de l'otite (scarlatine, typhoïde)... ou encore un mauvais état général persistant, anémie, scrofule, etc.

En somme, presque toujours, le **passage d'une otite aiguë à l'état d'otorrhée chronique peut et doit être évité.**

LES LÉSIONS DANS L'OTORRHÉE

Elles se déduisent de l'anatomie topographique de l'oreille moyenne.

Le tympan reste *perforé*, la muqueuse commence par proliférer, il en résulte des *bourgeons*, des *fongosités*, puis des *polypes*.

Les *osselets se carient*; il se forme de l'*ostéite* des parois de l'oreille moyenne, de la *mastoïdite chronique*, des *fistules*. Les progrès de la nécrose osseuse déterminent parfois de la *paralysie faciale*, sans compter les *complications intra-crâniennes* qui peuvent survenir.

C'est un guêpier à ruches multiples.

Notez cependant que la *guérison* peut s'observer par cicatrisation et épidermisation de toute la muqueuse de l'oreille moyenne : cette terminaison est malheureusement exceptionnelle.

SYMPTOMES

A. — *SIGNES FONCTIONNELS*

Peu de malaises, en général un simple *écoulement* accompagné de surdité dont le malade s'inquiète peu.

Indolore, en effet, l'otorrhée chronique n'est douloureuse que lorsqu'il y a complication par rétention, ou réchauffement au cours d'une grippe ou d'une maladie infectieuse. Cette absence de douleur explique l'indifférence des otorrhéiques.

La *surdité*, les *bourdonnements* sont variables. Et les *vertiges* n'apparaissent que lorsqu'il y a participation labyrinthique.

B. — *SIGNES OTOSCOPIQUES*

Deux éléments à considérer : le *pus*, la *perforation du tympan*.

Le ***pus*** est plus ou moins abondant ; tantôt remplissant le fond du conduit auditif, tantôt réduit à une gouttelette qu'il faut soigneusement rechercher avec un porte-coton. Il est **fétide**,

parce qu'il a séjourné dans l'oreille et qu'il existe souvent une lésion osseuse sous-jacente.

La ***perforation*** ne saurait être trop soigneusement examinée







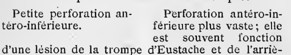


Fig. 157. — Otorrhée chronique.

Petite perforation antéro-inférieure.

Fig. 158. — Otorrhée chronique.

Perforation antéro-inférieure plus vaste ; elle est souvent fonction d'une lésion de la trompe d'Eustache et de l'arrière-nez.

Fig. 159. — Otorrhée chronique.

Perforation réniforme ou *circum-martellaire*. Elle n'a aucune signification pronostique.

au point de vue de tous ses caractères : nombre, dimension, siège, etc.

Les perforations sont généralement *uniques* (multiples, elles

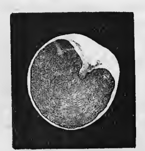






Fig. 160. — Otorrhée chronique.

Destruction de la membrane du tympan ; on aperçoit l'enclume.

Fig. 161. — Otorrhée chronique.

Perforation postérieure et supérieure. Dans ces cas, il y a souvent une carie de l'enclume, et parfois de l'antre mastoïdien.

Fig. 162. — Otorrhée chronique.

Perforation de la membrane de Shrapnell.

indiquent souvent une otorrhée tuberculeuse) ; leurs *dimensions* varient de celle d'une tête d'épingle jusqu'à la disparition totale de la membrane tympanique.

Leur *siège* est très important, car il vous *permettra souvent de reconnaître l'origine de l'otorrhée et de porter un pronostic*;



Fig. 163. — Otorrhée chronique.

Granulations tapissant le fond de la caisse du tympan.



Fig. 164. — Otorrhée chronique.

Large perforation. On aperçoit le fond de la caisse cicatriciel, épidermisé et sillonné par des vaisseaux.



Fig. 165. — Reliquat d'une otorrhée.

On voit une perforation en arrière, et en avant une plaque calcaire infiltrant l'épaisseur de la membrane.

l'étude des schémas topographiques précédents indique nettement ces caractères.

A travers la perforation, surtout si ses dimensions sont assez vastes, on aperçoit le fond de la caisse, tantôt lisse, *sec*, tantôt granuleux, recouvert de *fongosités* rouges.

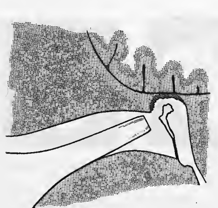


Fig. 166. — Perforation de la partie haute du tympan.

La perforation de la *membrane de Shrapnell* doit être très soigneusement recherchée, parce qu'elle est parfois recouverte d'une croûte. Il faut absolument que vous preniez l'habitude *d'explorer cette région* en *inclinant* un peu le pavillon du *speculum* en bas, parce que très souvent c'est là que gît traîtreusement le foyer suppuratif : c'est-à-dire une carie de la tête du marteau, une ostéite du toit de la caisse avec fongosités. Et voyez le grave *danger* de ces suppurations de l'attique : vous risquez d'abord de la méconnaître, en outre la paroi supérieure de la caisse est très mince et sur elle repose une circonvolution temporale : c'est un point de départ possible de complications méningées ou cérébrales.

Très souvent, baignant dans le pus, on voit de petites masses *rouges, saignantes*, qui apparaissent beaucoup mieux après le nettoyage du conduit : ce sont des **polypes**, dont l'origine est dans l'oreille moyenne, et qui sont provoqués par la suppuration.

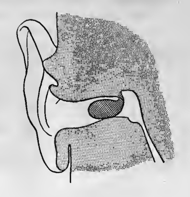


Fig. 167. — Polype de l'oreille dont le pédicule siège au niveau de l'attique.

Évitez soigneusement l'exploration de toutes ces régions avec le stylet; cette exploration très minutieuse, donnant d'utiles renseignements sur la présence de points osseux nécrosés, doit être réservée à l'auriste.

POURQUOI FAUT-IL LA TRAITER?

Le médecin doit exposer au malade qu'une otorrhée chronique peut : 1° évoluer vers la *guérison*; 2° déterminer des *complications*; 3° entraîner la *surdité*; 4° persister à l'état de *goutte auriculaire* toute la vie.

1° ***Guérison.*** — La guérison spontanée d'une otorrhée est *rare* et elle se traduit :

a) soit par la **cicatrisation** du tympan, qui peut contracter des *adhérences* avec la paroi interne de la caisse, ou au contraire constituer une petite cicatrice molle, déprimée, ombiliquée;

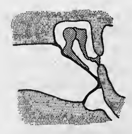


Fig. 168. — Otite adhésive.

Adhérences entre la paroi interne de la caisse et le tympan.

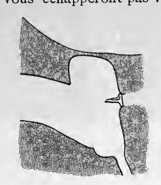
b) soit par la **permanence de la perforation**, qui reste béante et laisse apercevoir le fond de l'oreille moyenne *sec*, *cicatrisé*, *épidermisé*;

2° ***Complications.*** — C'est pour ainsi dire la règle. Tantôt elles sont *locales*, *bénignes*, caractérisées par la production de polypes, d'eczéma du conduit, d'otite externe provoquée par l'irritation du pus.

Tantôt, leur *gravité* est extrême, s'il y a rétention purulente ou poussée aiguë à l'occasion d'une grippe ou d'une maladie infectieuse. Vous obser-

verez alors toute la lyre des **mastoïdites, paralysies faciales, méningites** et autres accidents **crânio-cérébraux** ;

3° ***Surdité.*** — Voilà, certes, une complication que le malade eût évitée si son otorrhée avait été traitée à temps ; ses causes ne vous échapperont pas : carie, ankylose, adhérence des osse-



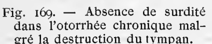


Fig. 169. — Absence de surdité dans l'otorrhée chronique malgré la destruction du tympan.

Voici un cas où, malgré la destruction du tympan et des osselets, le malade a une *audition relativement bonne*, parce que son étrier est resté mobile et n'est pas englobé dans des adhérences.

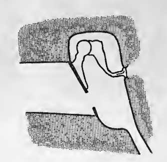


Fig. 170. — Surdité dans l'otorrhée malgré une *minime* perforation du tympan.

Voici un cas où le malade est sourd, parce qu'il y a adhérence des osselets et de l'étrier.

lets, destruction du tympan, etc. Mais, fait curieux, elle dépend uniquement de la mobilité de l'étrier : quelle que soit l'étendue des lésions, si ce petit osselet reste mobile, l'audition est intacte ;

4° ***Persistance de l'otorrhée à l'état de « goutte auriculaire. »*** — C'est la quiétude parfaite pour le malade, il s'accommode si bien d'un mal qu'il ne voit pas, ne se voit pas, ne sent pas la plupart du temps (quoique certaines suppurations anciennes, d'odeur fétide, atroce, constituent un véritable *ozène auriculaire*), ne détermine aucune douleur, le fait entendre un peu dur..., il est vrai.

Il coule, de l'oreille, sa vie durant, aussi loin que ses souvenirs sont précis. Il vous sera difficile de le persuader, celui-là, qu'un traitement est utile, il sera convaincu que vous en voulez plutôt à sa caisse qu'à son otorrhée. Mettez donc en règle votre conscience, en le prévenant des complications éventuelles possibles, et en lui formulant, par écrit, le diagnostic topographique des lésions qu'il présente, ainsi que le traitement opportun.

Soyez certain qu'il reviendra vous consulter, le jour où il souffrira, où son otite, réchauffée par une poussée aiguë, aura provoqué un eczéma, une complication.

TRAITEMENT

Il comporte :

1° la thérapeutique faite par le *praticien*, *palliative* toujours, curative parfois;

2° la thérapeutique de l'*auriste*, *curative* toujours.

I. — *THÉRAPEUTIQUE DU PRATICIEN*

a. — *Ce qu'il évitera.*

1° De *traiter l'otorrhée, sans avoir examiné l'oreille*, vu les lésions (polypes, etc.), recherché les causes (végétations adénoïdes, infection nasale), sans connaître l'état général;

2° De faire une *thérapeutique irraisonnée*, vieux jeu, réactionnaire, c'est-à-dire non basée sur des indications nettes; de se borner à dire au malade : « faites des lavages de l'oreille », dont vous varierez hebdomadairement la formule, de parcourir la gamme de toutes les nouveautés pharmaceutiques, antiseptiques, polychromes, etc. L'oreille, nouveau tonneau des Danaïdes, se vide de pus et se remplit d'eau;

3° De *s'abstenir de traitements* dont il ne connaît pas la technique. Vous verrez dans les traités d'otologie, que les bains de nitrate d'argent font parfois merveille; que des cautérisations d'acide chromique, de chlorure de zinc, que l'ablation des polypes tarissent parfois des otorrhées rebelles. — Gare au malade dont l'oreille sera baignée et cautérisée de la sorte! — Je le plains si vous n'êtes pas rompu à la pratique otologique. Supposez que sa trompe d'Eustache soit béante; il sera inutile de lui faire ouvrir la gorge pour apercevoir la brûlure déterminée par le caustique..., il vous suffira d'entendre ses cris;

4° *Pas d'exploration instrumentale* d'un polype, d'une fistule mastoïdienne avec la sonde, le stylet : vous pouvez crever le sinus latéral ou traverser la dure-mère. Toutes ces manœuvres sont aussi condamnables que l'exploration d'une plaie thoracique ou abdominale.

b. — *Ce qu'il fera.*

Si votre thérapeutique est peu active, vous pouvez tout au moins donner d'utiles conseils. Je suppose deux cas : 1° une otorrhée simple ; 2° une otorrhée compliquée.

A. — **Otorrhée simple.** — (C'est-à-dire, sans lésions causales dans le nez, dans le pharynx, sans polype de l'oreille). — Il faut déclarer franchement :

1° que la surdité est consécutive à la suppuration, que celle-ci doit être guérie, sans que l'on puisse rien promettre au point de vue auditif ;

2° que le traitement peut être long et que l'otorrhée, vieille de plusieurs lustres, ne se tarira pas avec quelques gouttes antiseptiques.

Désinfectez l'oreille par les procédés suivants :

1° Le *malade* pratiquera des instillations dans l'oreille, matin et soir, en remplissant le conduit auditif avec de l'*eau oxygénée* à 12 *volumes*. Cette solution sera gardée 2 minutes, puis le liquide, après avoir bien moussé et ramené le pus de la profondeur vers le méat, sera asséché avec du coton. L'instillation sera ainsi renouvelée 3 ou 4 fois en l'espace de dix minutes ;

2° Le *médecin*, une ou deux fois par semaine, s'assurera d'abord que le traitement est bien exécuté, en le faisant appliquer devant lui ; puis, il fera le *pansement* suivant :

a) il donnera un bain d'eau oxygénée, ou fera un lavage si la suppuration est abondante, suivi d'un *séchage* minutieux avec des porte-cotons ;

b) il fera ensuite une instillation avec un des liquides suivants :

Acide picrique.	1	gramme.
Eau.	25	—
Eau d'Alibour.	5	—
Eau	10	—

Si le malade guérit, prescrivez un traitement *prophylactique* consistant à supprimer toute introduction d'eau dans l'oreille, bains froids, bains de mer ; et visitez l'oreille une ou deux fois par an pendant 3 ou 4 ans.

Vous traiterez les *petites complications* de l'otorrhée chronique (impetigo, eczéma du conduit) comme il a été indiqué au chapitre de l'eczéma.

Si au bout de quelques semaines, la suppuration est *rebelle*, prenez l'avis d'un auriste qui vous recommandera peut-être un traitement que vous pourrez exécuter.

B. — **Otorrhée compliquée.** — Examinez le malade avec un otologiste qui, grâce à sa technique minutieuse, vous indiquera la marche à suivre.

Peut-être, ne pourrez-vous pas l'exécuter vous-même, mais il est bon que vous la connaissiez.

2. — *THÉRAPEUTIQUE DE L'OTOLOGISTE*

Du simple au composé, voici :

a) Il traitera la *lésion causale* : le *nez* (ablations de végétations, des amygdales), les suppurations nasales, l'ozène, l'état *général* (anémie, scrofule) par les toniques, vie au grand air, séjour au bord de la mer, etc. ;

b) Il détruira les *fongosités* (cautérisations au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, à l'acide chromique), enlèvera les *polypes* qui entretiennent la suppuration ;

c) Il fera des **pansements** méthodiques, pour faciliter l'évacuation du pus, désinfecter la caisse, sécher la suppuration.

Et pour cela : lavages de l'attique, pansements secs à l'alcool boriqué, insufflation de poudres, occlusion du conduit auditif par des mèches de gaze aseptique ou à l'ektogan, ..., tout sera mis en œuvre ;

d) Il conseillera enfin le traitement ***chirurgical*** s'il y a des lésions osseuses, l'***ablation des osselets*** en premier lieu, suivi du curettage de la caisse. Cette extraction ossiculaire détermine des guérisons fréquentes et, pour ma part, j'ai évité ainsi des opérations beaucoup plus importantes.

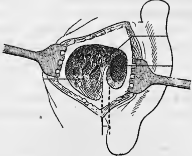


Fig. 171. — Évidement pétro-mastoïdien.

Voici en quoi consiste cette opération dont vous entendrez souvent parler les otologistes. C'est la trépanation de la mastoïde, combinée à la résection de la paroi postérieure du conduit auditif et à l'ablation des osselets ; de la sorte, conduit, caisse du tympan, cavité mastoïdienne sont réunis dans une cavité unique dont toutes les parois ont été soigneusement curettées et qui se cicatrise par épidermisation.

En cas d'échec, l'***évidement pétro-mastoïdien*** sera formel-

lement indiqué, surtout s'il y a des poussées de mastoïdite aiguë greffées sur l'otorrhée chronique.

CHOLESTÉATOME

Voici un nom bien barbare qui désigne une des formes de l'otorrhée chronique. Et voilà ce qu'il faut entendre par cholestéatome.

Au cours d'une suppuration chronique, peu abondante, de l'oreille, l'épiderme du conduit passe à travers la perforation du tympan et prolifère dans la caisse. C'est un processus tout à fait spécial qui ne se voit que dans l'oreille.

Cette *prolifération* incessante donne naissance à des ***lamelles épidermiques***, ***blanc-nacrées***, qui s'imbriquent les unes dans les autres, se développent excentriquement, forment une tumeur qui, par compression, arrive à user, à nécroser les os, à envahir la mastoïde, le crâne et à refouler les méninges, à dénuder le facial, etc.

Donc tumeur, de nature essentiellement *bénigne*, qui se comporte dans son évolution comme une *tumeur maligne*.

Et ce cholestéatome donne lieu à une otorrhée infecte, puante.

Vous le *diagnostiquerez* quand, dans l'eau d'un lavage d'oreille, vous apercevrez des lamelles blanc-nacrées, brillantes, ressemblant à des paillettes d'acide borique. Quelquefois, sans lavage, vous les voyez remplissant l'oreille moyenne.

L'**auriste** a, seul, qualité pour diriger le traitement d'un cholestéatome. Il tentera l'extraction de la masse cholestéatomateuse, curettera les points nécrosés, et s'opposera si possible à la récidive par des pansements secs (bains d'alcool, insufflation de poudre d'acide borique). Il pourra ainsi amener la guérison, mais les récidives sont fréquentes. Et dans les cas d'accidents graves, mastoïdiens ou intra-craniens, l'évidement pétro-mastoïdien est absolument indiqué.

III. — OTITE SCLÉREUSE

On dit d'un malade, *sourd*, ayant des bourdonnements et parfois les vertiges, qu'il est atteint d'*otite scléreuse*. Et c'est exact.

Mais il y a deux formes d'otite scléreuse qu'il faut bien con-

naître, parce que les unes sont évitables ou améliorables, les autres incurables.

Il faut savoir qu'il existe :

1° Une ***otite scléreuse, secondaire,*** qui est l'aboutissant de l'*otite moyenne catarrhale chronique*, dont l'origine est presque toujours rhino-pharyngée, et qui se traduit par des lésions nasales, tubaires, tympaniques.

2° Une ***otite scléreuse, primitive***, qui dépend de l'état général, qui respecte l'oreille moyenne et le tympan et se manifeste par des lésions de l'oreille interne.

PREMIÈRE VARIÉTÉ D'OTITE SCLÉREUSE

L'otite scléreuse est ***secondaire*** *et constitue la dernière étape de l'otite moyenne catarrhale chronique.*

Voici la filiation des accidents. A la suite de crises d'adénoïdite ou d'amygdalite chez les enfants, de rhino-pharyngite chez les adultes, il se produit des poussées d'otite moyenne catarrhale aiguë.

Que celles-ci récidivent, qu'elles soient négligées, que les lésions nasales et pharyngées persistent, qu'elles se développent sur un terrain rhumatisant, goutteux, que l'hérédité entre en jeu, que le sujet ait atteint l'âge moyen, qu'il soit âgé : ces otites moyennes catarrhales (le mot catarrhal est impropre, car, à proprement parler, il n'y a *jamais d'exsudat*), d'abord aiguës, passent à l'état d'otite chronique, et la sclérose s'installe.

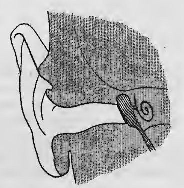


Fig. 172. — Otite scléreuse *secondaire*.

Catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne ayant déterminé une sclérose consécutive du tympan, une ankylose des osselets.

C'est le même processus qui existe dans toute la pathologie viscérale, hépatique, rénale, etc. Le rétréci urinaire voit à la longue se développer des lésions ascendantes, vésicales, rénales : c'est la même évolution pour le rétréci de la trompe d'Eustache.

Et dans l'oreille moyenne : tympan, osselets, deviennent fibreux, s'ankylosent, des dépôts calcaires et osseux s'incrustent dans leur

épaisseur; c'est la sclérose de l'oreille moyenne. La trompe d'Eustache qui a servi de véhicule à la propagation de l'inflammation est rétrécie, obstruée.

SYMPTOMES

A. — *Trois symptômes fonctionnels : surdité, bourdonnements, vertiges.* — La **surdité**, *bilatérale, progressive*, augmente avec l'*âge*, est plus marquée par les temps humides; elle est souvent complète pour la voix basse. Fréquemment il existe de la ***paracousie de Willis*** : le sourd entend mieux au milieu du bruit que dans le silence, fait paradoxal qui n'est pas expliqué.

Les ***bourdonnements*** devancent souvent la surdité. Ils sont parfois insupportables, présentent des timbres variés, sifflements, bruits d'ébullition, jet de vapeur. Ils empoisonnent souvent l'existence d'un sourd et sont pires que la perte de l'ouïe.

Les *vertiges* ne sont pas constants et ont besoin d'être recherchés, rarement ils s'accompagnent de vomissements. Plus fréquemment, vous noterez des douleurs névralgiques dans la tête, une sensation de plénitude dans l'oreille.

B. — *Examen du tympan.* — L'otoscopie montre des lésions variables.

Tantôt, sous l'influence de la raréfaction de l'air dans la caisse, le *tympan* est **enfoncé**, **rétracté**, collé contre la paroi interne à laquelle il est uni par des adhérences fibreuses. Dans ce mouvement de rétraction, de bascule, la *courte apophyse* est devenue *très saillante*, le manche du marteau est vu en raccourci.

Tantôt, le tympan a une **teinte blanc opaque**, le triangle lumineux a disparu. La membrane est infiltrée d'**opacités laiteuses, calcaires**, en forme de croissant.

C. — *Examen de l'acuité auditive.* — Il faut la rechercher et noter sur une observation les distances auxquelles le malade entend, de façon à avoir un élément comparatif pour les examens ultérieurs.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Vous les connaissez trop pour qu'il soit utile d'insister.

Sachez que si la surdité est irrémédiable, les bourdonnements

conservent rarement une intensité insupportable et que les vertiges sont tout à fait transitoires.

TRAITEMENT

Ce qu'il faut éviter.

1° De traiter l'oreille par des douches d'air, avec la poire de Politzer, de masser le tympan, de faire des cathétérismes, de l'électricité, etc., et de négliger la cause (rhinite, troubles de l'état général).

2° De recommander des *opérations*. On a tenté, sans succès, des plicotomies, des synéchotomies, des ossiculectomies; tous les procédés ont échoué.

Vous conseillerez :

a) De **supprimer la cause de l'otite catarrhale**, c'est-à-dire de *traiter le nez et le cavum* (coryza chronique, déviation de la cloison, végétations adénoïdes). C'est un point capital.

b) De **traiter ensuite l'oreille malade.** — L'indication sera remplie en rétablissant la perméabilité de la trompe d'Eustache et en aérant l'oreille moyenne.

C'est l'auriste qui posera l'indication de la ***douche d'air***, du ***cathétérisme.***

c) Un **traitement médical.** — Vous modifierez l'état général diathésique, vous prescrirez un régime approprié, la cure d'eaux nécessaire, vous interdirez tout toxique : alcool, tabac, surmenage, le séjour au bord de la mer s'il détermine des troubles congestifs et augmente la surdité et les bourdonnements.

d) Le port d'un appareil auditif, d'un *cornet acoustique*, et les modèles en sont nombreux. Malheureusement vous ne pourrez dire au patient : prenez tel appareil, comme l'oculiste dit au myope : portez telle lunette, avec tant de dioptries. Il n'y a pas ici d'unités de mesure. Le malade lui-même choisira son appareil et prendra celui avec lequel il entend le mieux et sans fatigue pour l'oreille.

SECONDE VARIÉTÉ D'OTITE SCLÉREUSE

C'est l'otite scléreuse **primitive**.

Ce sont des jeunes sujets, principalement des jeunes filles, des femmes de 20 à 30 ans, qui sont atteints de cette forme de sclérose, dite *juvénile*.

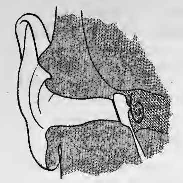


Fig. 173. — Otite scléreuse *primitive* de l'oreille interne avec ankylose de l'étrier.

Intégrité de la trompe d'Eustache et de la caisse.

Ici, nez et pharynx normaux, oreille moyenne, tympan et osselets sains. **Seul l'étrier** est *ankylosé*, et la sclérose envahit l'oreille interne.

Il s'agit là d'un trouble trophique, de la signature locale d'un état général, arthritique, goutteux, dans lequel l'hérédité joue un grand rôle.

Les *symptômes* sont les mêmes que ceux de la première variété d'otite scléreuse, mais présentent cette circonstance aggravante que les grossesses, l'allaitement augmentent la surdité.

Le *traitement de l'oreille* est *négatif*. Vous *éviterez*, par-dessus tout, de *recommander un traitement local otologique* (cathétérisme, douches d'air), car le tympan est sain et vous aggraveriez les symptômes.



Fig. 174. — Cornet acoustique.

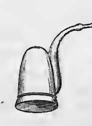


Fig. 175. — Cornet acoustique.



Fig. 176. — Cornet acoustique.

Le traitement sera palliatif et s'adressera *à l'état général*.

Hygiène sévère, iodure de potassium, saison d'eaux. Éviter le surmenage, les fatigues. Hydrothérapie tiède, massage. Régime végétarien au besoin. Dérivatifs intestinaux.

Contre la surdité : — des appareils ou tubes acoustiques.

Contre les bourdonnements : — les bromures, l'hydrothérapie, et la surveillance de l'état général.

IV. — COMPLICATIONS DES OTITES MOYENNES SUPPURÉES

Il *faut* que le praticien :

1° possède des notions élémentaires sur toutes les *complications* des otites suppurées ;

2° sache leur *gravité* extrême ;

3° puisse les *diagnostiquer* à temps pour recommander un *traitement* opportun ;

4° et surtout sache *reconnaître* et *traiter* la *principale* de ces complications : la ***mastoïdite.***

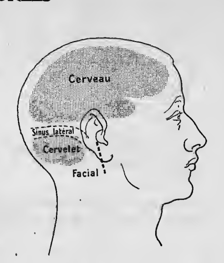


Fig. 177. — Rapports de l'oreille avec les organes intra-craniens.

On voit sur la paroi cranienne la projection du cerveau, du cervelet, du sinus latéral, du facial, c'est-à-dire des principaux organes en connexion avec l'oreille.

I. — *COMMENT SE DÉVELOPPENT LES COMPLICATIONS DES OTITES SUPPURÉES?*

Considérez les deux schémas (179 et 180) et vous allez comprendre immédiatement *comment* et *par quel mécanisme* une otite détermine des complications encéphaliques.

Presque toujours, la pression du pus ou l'aiguille à paracentèse du chirurgien crève le tympan (circonstance favorable).

Mais que l'aditus, c'est-à-dire le canal qui relie l'antre à l'oreille moyenne, soit obstrué par du pus concret ou par des fongosités : le pus va se trouver enfermé, encerclé, dans une cavité close osseuse, inextensible, d'où ***rétention***, par conséquent ***mastoïdite.***

Peu à peu, il y a une extension de lésions, ostéite de voisinage, production de fongosités, il faut que le pus se fraie une route, et il peut le faire dans toutes les directions.

Presque toujours, c'est à l'*extérieur*. Toutes les cellules sont envahies, il se fait une périostite mastoïdienne, un gonflement

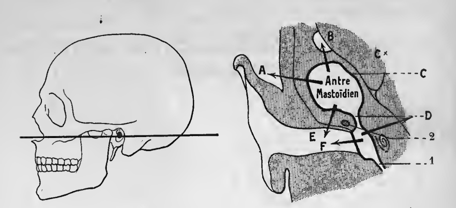


Fig. 178. — Coupe horizontale du crâne permettant l'explication de la fig. 179.

Fig. 179. — Mécanisme des complications des otites suppurées (coupe horizontale de l'oreille).

1. Trompe d'Eustache. — 2. Facial. — A. Direction du pus mastoïdien vers l'extérieur. — B. Sinus latéral. — C. Paroi cranienne séparant l'antre du cerveau. — D. Aditus. — E. Fistulisation de la mastoïdite dans le conduit auditif. — F. Le pus de l'oreille perfore le tympan.

de l'apophyse, puis des téguments, finalement l'oreille se décolle; voilà le tableau de la mastoïdite classique.

Supposez que la couche d'os comprise entre l'antre et l'extérieur ne présente pas de cellules, ne soit pas spongieuse, que l'os soit résistant, éburné : ce n'est plus vers la peau que le pus filera, mais vers des régions moins résistantes, plus dangereuses, d'où la lyre des complications intra-craniennes.

Les fusées purulentes se feront par voie centrifuge :

1° en arrière et en dedans vers le *sinus latéral* (**phlébite du sinus**); vers le *cervelet* (**abcès du cervelet**);

2° en dedans, à travers les canaux qui sillonnent l'*oreille interne*, et le pus explosera dans l'endo-crâne en provoquant une **méningite**;

3° en avant, vers le conduit auditif.

Voilà donc trois directions, trois points cardinaux vers lesquels le pus peut se diriger.

Considérez maintenant la figure 180 qui représente une coupe verticale, passant par la caisse du tympan et la mastoïde.

Vous voyez que le pus contenu dans cette cavité peut fuser, en bas, vers la *pointe de l'apophyse* où, en dedans du muscle sterno-mastoïdien, il s'étalera pour former un ***abcès profond du cou*** ; en haut enfin, à travers la partie supérieure de l'antre mastoïdien, il effondrera le crâne et aura le libre choix de déterminer : un ***abcès extra-dural***, une ***méningite***, un ***abcès du cerveau***. C'est le trépied intra-cranien.

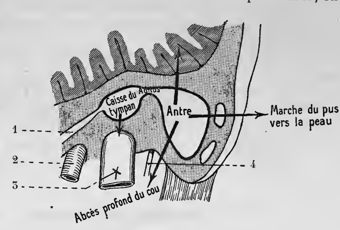


Fig. 180. — Mécanisme des complications des otites suppurées (coupe verticale de l'oreille).

1. Trompe d'Eustache. — 2. Carotide. — 3. Veine jugulaire. — 4. Nerf facial.

Le **mécanisme** de ces complications otogènes se déduit, en somme, de la *topographie* de l'apophyse mastoïde.

Tout d'abord, rétention purulente due à la cavité close, puis extension des lésions osseuses de proche en proche, selon la constitution anatomique de l'os.

II. — *GRAVITÉ DES COMPLICATIONS*

Point n'est besoin de longues dissertations pour démontrer à l'aide de ces schémas :

1° que les mastoïdites qui se propagent *vers le haut du crâne* (fig. 180) ou *en dedans* (fig. 179) déterminent des complications presque toujours fatales (méningite, abcès encéphaliques, etc.);

2° que les mastoïdites qui fusent *en dehors* (fig. 180 et 179) vers la peau, ou *en bas* (fig. 180), comportent un pronostic beaucoup moins grave, puisque plus facilement accessibles et diagnosticables.

III. — *DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT*

En groupant et en schématisant les principales complications des otites suppurées que je viens de passer rapidement en revue j'étudierai successivement :

1° les *complications osseuses* : *mastoïdite aiguë*, la plus fréquente de toutes;

2° les *complications intra-craniennes* : *abcès extra-dural, abcès du cerveau, abcès du cervelet, méningites*; les *complications veineuses* : *phlébite du sinus latéral*; les *complications nerveuses* : *paralysie faciale*;

I° MASTOÏDITES AIGUËS

Le praticien doit avoir présents à l'esprit les quatre points importants suivants :

1° Le *mécanisme* de la *genèse* d'une mastoïdite;

2° *Comment la reconnaître?*

3° *Quand faut-il trépaner?*

4° *Comment trépaner?*

A. — *COMMENT SE FORME UNE MASTOÏDITE?*

Chaque fois qu'il y a du pus dans l'oreille moyenne, il en existe dans l'antre, c'est-à-dire dans la grande et constante cellule mastoïdienne qui communique toujours avec l'oreille moyenne par le petit canal de l'aditus. Il y a donc coexistence d'*otite* et d'*antrite*.

L'antre sert uniquement de réservoir, de diverticule au pus.

La *mastoïdite* éclate par les mécanismes suivants :

a) Dans l'immense majorité des cas, par ***rétention du pus*** dans l'antre. Celle-ci peut-être provoquée, soit par l'occlusion de la perforation du tympan, soit par l'obstruction de l'aditus par tuméfaction de la muqueuse ou par des fongosités.

b) Exceptionnellement, sans qu'il y ait le moindre phénomène de rétention, et malgré une vaste perforation de la membrane tympanique, il peut se former une ***mastoïdite primitive*** en quelque sorte, parfois même une véritable *ostéomyélite mastoïdienne,*

quand l'*otite est très virulente*, comme dans certaines maladies infectieuses (grippe, scarlatine, etc.). Il se produit alors une ostéite rapide de toute l'apophyse.

Que devient le pus dans la mastoïde?

Reportez-vous aux schémas 179, 180 et vous verrez les 6 directions principales que peut suivre la suppuration. La plus fréquente est la voie *exogène*, la voie *externe*; c'est presque toujours *vers la peau* que tend à s'extérioriser la suppuration, et cette circonstance heureuse est due: chez l'enfant à ce que la couche osseuse est très mince, chez l'adulte à ce que les cellules mastoïdiennes interposées entre l'antre et la peau servent de voie conductrice à la suppuration.



Fig. 181. — Mécanisme de la mastoïdite (Processus analogue à celui de l'appendicite : vase clos).

L'aditus (*b*), étant bourré de fongosités, ainsi que la caisse du tympan (*a*), le pus contenu dans la mastoïde a la route barrée. Il est contenu dans une *cavité close*, comme dans l'appendicite, et il cherche alors à se frayer une direction excentrique par voie centrifuge. En haut et en dedans, l'os est compact (circonstance heureuse). C'est principalement en dehors, où le tissu osseux est spongieux et rempli de cellules, c'est-à-dire vers les téguments, qu'il se porte de préférence.

B. — *COMMENT RECONNAITRE UNE MASTOÏDITE AIGUË ?*

Il y a :

1° Des *mastoïdites* **classiques**, que vous diagnostiquerez par l'interrogatoire du malade et simplement par la vue de son apophyse. Elles sont trop simples et trop banales pour y insister. Elles crèvent la peau... du malade et les yeux du médecin;

2° Des mastoïdites **latentes**, à *évolution sournoise et traître*; elles sont *très fréquentes*, *très graves*;

1° Mastoïdite classique.

La **douleur**, voilà le grand signe fonctionnel accusé par le malade. Elle siège au niveau de l'apophyse, s'irradie dans la tête, s'accompagne de *céphalée*, d'*hémicranie*.



Fig. 182. — Décollement de l'oreille et abaissement du pavillon dans la mastoïdite.

Comment on examine un malade atteint de mastoïdite.

Le malade vous raconte alors ses antécédents ; l'otite qui dure depuis des semaines, avec fièvre....

Inspectez sa mastoïde aussitôt et vous aurez le diagnostic.

Le **gonflement rétro-auriculaire** refoulant le pavillon, *rouge* parfois, *œdémateux*, est caractéristique. Placez-vous derrière la tête du sujet et comparez simultanément les deux oreilles : le gonflement est flagrant (fig. 182). Mettez le doigt sur la tuméfaction et vous provoquez une vive douleur.

Examinez le conduit auditif : l'*écoulement* est tantôt tari (rétention), tantôt profus (nécrose de la mastoïde).

2° Mastoïdites latentes.

Je désigne sous ce nom celles qui ont besoin d'être recherchées, qui ne se trahissent que par un seul symptôme, qui sont atypiques. Elles sont d'autant plus intéressantes à connaître pour le praticien, qu'elles sont *fréquentes* et très *graves* parce que méconnues. Un beau jour, elles se trahissent par des symptômes à distance et à grand fracas (abcès du cou, méningite, etc.).

Vous les dépisterez, ces mastoïdites, en surveillant dans le cours d'une otite moyenne : l'écoulement purulent, l'apophyse, et l'état général. Et vous pourrez hardiment affirmer le diagnostic par l'existence ou la permanence d'*un seul de ces symptômes*.

A) *DIAGNOSTIC DE LA MASTOÏDITE PAR L'OTOSCOPIE*

α) Il y a *mastoïdite* lorsque, au cours d'une otite moyenne aiguë, le *tympan* présente une **perforation insuffisante**, au sommet

d'une voussure, qui se referme malgré des paracentèses répétées, et quand la fièvre et les douleurs persistent.

β) Il y a *mastoïdite* lorsque l'***écoulement*** purulent est ***abondant***, crémeux, au bout de la 4ᵉ et de la 5ᵉ semaine, et cela sans douleurs, sans fièvre, sans la moindre réaction. La suppuration profuse est due à la nécrose mastoïdienne et l'absence des symptômes s'explique par le drainage suffisant à travers la caisse.

γ) Il y a *mastoïdite*, enfin, lorsque vous constatez un ***abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit*** auditif, indice de la propagation des lésions mastoïdiennes à la paroi postérieure du conduit. Vous vous assurerez de cette asymétrie du canal auditif en examinant les deux oreilles.

B) *DIAGNOSTIC DE LA MASTOÏDITE PAR L'EXPLORATION DE L'APOPHYSE*

Pour affirmer une mastoïdite, on ne doit pas attendre un gonflement rétro-auriculaire, un *abcès sous-périosté*, *a fortiori* une *fistule*. Le diagnostic serait par trop simple.

Dans bien des cas vous direz :

α) Il y a *mastoïdite*, quand, l'apophyse étant *normale à la vue*,

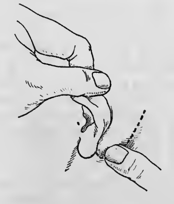


Fig. 183. — Recherche du point douloureux au niveau de la pointe.

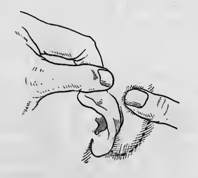


Fig. 184. — Recherche du point douloureux au niveau de l'antre mastoïdien.

vous déterminez une vive ***douleur*** en pressant la région de l'antre avec la pulpe de l'index.

Bien entendu, cette douleur existe toujours dans les premiers jours de l'otite, mais elle disparaît après la perforation tympa-

nique. Ne vous alarmez que si vous constatez la présence de cette douleur, 2, 3, 4 semaines après le début de l'otite, et s'il y a

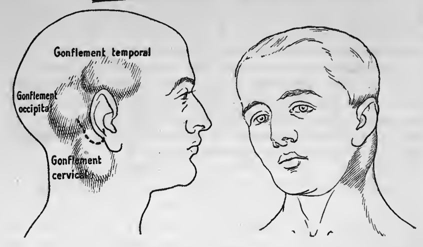


Fig. 185. — Localisations rares de la mastoïdite.

Fig. 186 — Mastoïdite de Bezold. On aperçoit un gonflement cervical au niveau de la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien et la pression, à ce niveau, fait refouler du pus par le conduit auditif.

coexistence de céphalée, de symptômes généraux. En pareil cas, l'os est éburné et vous n'observez jamais du gonflement des téguments, « l'abcès se percera plus tôt dans le crâne. »

β) Il y a *mastoïdite*, même si le ***gonflement*** siège dans la ***fosse temporale*** ou dans la ***zone occipitale***. Le siège

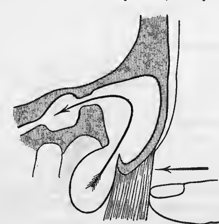


Fig. 187.— Mécanisme de la *mastoïdite de la pointe* déterminant un *abcès profond du cou* : mastoïdite dite de *Bezold*.

La paroi extérieure de l'apophyse étant épaisse et éburnée, le pus tend alors à gagner les cellules de la pointe et défonce la partie de l'os la moins résistante, c'est-à-dire la pointe et la paroi interne de l'apophyse. D'où fusée purulente dans le cou, sous le muscle sterno-mastoïdien. Il en résulte ce fait que, en comprimant le muscle, on détermine le refoulement du pus de bas en haut, c'est-à-dire du cou vers l'apophyse, à travers l'aditus et la caisse, et son issue à travers le conduit auditif.

de ce gonflement est tout à fait atypique, vous surprend, mais il s'explique par la présence de cellules diverticulaires, de cellules dites aberrantes de l'apophyse, plus superficielles, « à fleur d'os ». Et cela vous explique comment une otite peut déterminer une fistule à distance, très loin du foyer originaire.

Plus souvent, le gonflement siège à la pointe et descend dans la région latérale du cou. Vous avez affaire à une ***mastoïdite de la pointe***, dite mastoïdite de *Bezold*, qui a provoqué un ***abcès du cou***. Cet abcès est situé sous le muscle sterno-mastoïdien, il en gêne les mouvements et provoque un *torticolis* avec *gonflement* cervical. Et, autre particularité intéressante, il arrive parfois que, en comprimant cette tuméfaction, on fait refluer le pus par le conduit auditif.

Vous contentez-vous d'inciser le phlegmon profond du cou : vous aurez fait de très mauvaise besogne, car vous aurez simplement *fistulisé* la mastoïdite, vous l'aurez transformée en *fistule borgne externe*.

C) *DIAGNOSTIC DE LA MASTOÏDITE PAR L'ÉTAT GÉNÉRAL*

Tel sujet qui a une apophyse normale, indolore, a bel et bien une mastoïdite, s'il a des accidents de rétention caractérisés, comme dans tout abcès, par de la *fièvre*, un *mauvais état général persistant*, et en plus ici, par de la *céphalée*. Qu'il y aît du pus dans le conduit, même en petite quantité, ne soyez plus médecin, devenez chirurgien et prenez vite la gouge : le malade fait de l'infection.

La ***mastoïdite des enfants*** a un cachet spécial : tous les enfants font facilement, à l'occasion des maladies fébriles, des réactions nerveuses ; ils n'échappent pas à cette loi pour la mastoïdite, et ils y joignent des **réactions cérébrales** et parfois un syndrome méningé que j'ai souvent observé.

Parfois aussi, chez eux, l'os est tellement friable, que le pus perfore l'apophyse sans grand fracas, et un beau matin, le petit malade se réveille avec un **gonflement rétro-auriculaire**. Je pose en fait cette règle que j'ai observée dans les 2/3 des cas que j'ai opérés.

Avec quelle affection peut-on confondre une mastoïdite?

Nous avons vu (page 72) quels étaient les signes qui permettaient de différencier la lymphangite rétro-auriculaire, d'origine

furonculeuse, d'avec une mastoïdite. C'est en effet la principale affection auriculaire qui peut prêter à confusion.

C. — *QUAND FAUT-IL TRÉPANER LA MASTOÏDE?*

D'abord quand vous serez certain du diagnostic, dont les éléments viennent d'être étudiés.

Puis, lorsque le traitement médical a échoué : paracentèse du tympan renouvelée 1 ou 2 fois; — application de révulsifs sous forme de compresses humides chaudes.

Quel est le meilleur moment pour intervenir?

a) La trépanation sera faite d'*urgence* :

1° quand il y a *menace* ou *existence* d'accidents cérébraux ou méningés, paralysie faciale;

2° lorsqu'il y a un *abcès mastoïdien sous-périosté.*

b) La trépanation sera *moins précoce* dans tout autre cas, et vous pourrez attendre 2 ou 3 jours, une fois le diagnostic confirmé.

Enfin, la trépanation sera faite, *même en cas d'hésitation*, car il y a beaucoup moins de danger à intervenir qu'à différer, et vous rencontrerez *toujours* plus de lésions que vous n'en aviez diagnostiquées. Nombre d'otologistes trépanent toute mastoïde quand la suppuration persiste plus d'un mois, même en l'absence de tout autre symptôme. C'est peut-être un peu radical.

D. — *OPÉRATION DE LA MASTOÏDITE*

TECHNIQUE DE LA TRÉPANATION

1° ***Assistance.*** — Un chloroformisateur, cela suffit. Le médecin seul, à la rigueur, peut inciser, faire l'hémostase et trépaner, grâce à des écarteurs automatiques : c'est la meilleure condition pour faire vite et bien.

2° ***Instruments.*** — Comme instruments spéciaux, en plus du



Fig. 188. — Maillet à trépanation.

bistouri et des pinces, il faut une rugine, un maillet en bois, des gouges et de petites curettes.

3° ***Le malade.*** — Sous la tête, entre le matelas et le drap, disposez une toile cirée, des papiers, pour réduire au minimum

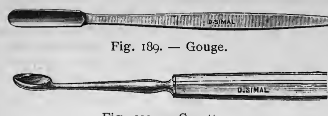


Fig. 189. — Gouge.

Fig. 190. — Curettes.

les dégâts opératoires. La mastoïde à ouvrir est placée du côté du jour, bien en lumière, bien en main; pour cela, tête en rotation du côté sain.

Anesthésie chloroformique.

Badigeonnage iodé de la peau et du pavillon.

4° ***La région opératoire.*** — Rappelez vos souvenirs anatomiques, ils peuvent contenir dans la formule suivante :

La mastoïde est un os creusé d'un ensemble de cellules dont l'une, l'*antre*, de beaucoup la plus considérable, située au niveau de la base et dans la profondeur de l'os mastoïdien, communique directement avec la caisse du tympan par l'aditus. C'est cet antre qui constitue la cavité principale de l'abcès, c'est là qu'il faut aller chercher le pus.

L'opération comprend cinq temps : incision, rugination du périoste, découverte des points de repère, ouverture de l'antre; recherche des foyers secondaires de suppuration.

1° **Incision** (¹). — Incision de la peau jusqu'à l'os, dans le

Fig. 191. — Trépanation mastoïdienne. Incision cutanée.

Commencez l'incision en haut, au-dessus du pavillon, arrêtez-la en bas à la pointe de l'apophyse, si vous opérez à droite; incisez de bas en haut si vous trépanez une apophyse gauche.

Le tracé sera donc curviligne et aura la forme d'un croissant à concavité embrassant le conduit. Peu importe le nombre de centimètres qu'aura l'incision, qu'elle vous donne du jour, c'est l'essentiel.

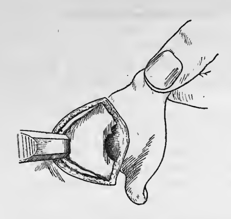


(¹) *Presse médicale*, 14 déc. 1898.

sillon rétro-auriculaire. S'il y a abcès : incisez, videz, curettez et tamponnez. Faites une hémostase soigneuse.

2° **Décollement du périoste.**

3° **Où doit-on trépaner l'os?** — *Recherche des points de repère.* Ils permettent d'ouvrir l'antre. Celui-ci est le fond d'un puits qu'il va falloir creuser et dont le couvercle est représenté par une surface osseuse. La margelle de ce puits est dangereuse; aussi



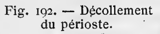


Fig. 192. — Décollement du périoste.

Il faut ruginer le périoste de façon à découvrir :

1° le bord postérieur et une partie du bord supérieur du conduit (point de repère); à l'union des deux, se trouve l'épine de Henle (2° point de repère);

2° la ligne temporale (3° point de repère);

3° le bord postérieur et la pointe de l'apophyse.

C'est derrière l'épine osseuse qu'est situé l'antre.

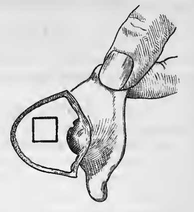


Fig. 193. — Recherche des points de repère.

A un demi-centimètre du bord postérieur du conduit, menez une verticale parallèle à ce bord. Faites passer une seconde ligne horizontale, tangentiellement au bord supérieur du conduit : l'intersection de ces deux lignes se fait à angle droit. Du sommet de l'angle, mesurez un centimètre sur chaque ligne, élevez deux perpendiculaires et vous avez délimité ainsi géométriquement un carré osseux de 1 centimètre carré de surface qui répond anatomiquement à l'antre.

ne faites pas mordre votre gouge directement sur le bord postérieur du conduit, car le facial passe dans la profondeur et, une fois coupé, votre opération est signée. N'attaquez pas non plus l'apophyse à plus de 2 centimètres en arrière du bord postérieur du conduit : c'est la loge du sinus latéral. Au-dessus du carré enfin se trouve la cavité encéphalique.

4° **Ouverture de l'antre.** — Attaquez l'os, d'abord par un coup de gouge planté sur le bord antérieur du carré, c'est-à-dire à un

demi-centimètre en arrière du bord postérieur du conduit. Tenez la gouge verticalement et perpendiculairement à l'os, sans raideur, entre le pouce et les quatre doigts de la main gauche, le bord cubital de la main reposant sur le crâne, pour bien limiter la pénétration de l'instrument et éviter les échappées dangereuses. Frappez plusieurs coups de maillet de façon à pénétrer à 2 ou 3 millimètres. Ensuite, entamez l'os en haut par une section perpendiculaire à la première. Un troisième coup en bas. Le quatrième sera donné en arrière, mais ici, contrairement aux trois sections précédentes, ne plantez pas la gouge verticale, mais oblique en avant comme si vous vouliez aller dans le conduit et de manière à détacher une lamelle osseuse toute superficielle. Ce copeau enlevé, recommencez la taille osseuse. Mais, chemin faisant, il faut souvent s'arrêter et tamponner la surface saignante, avec de la gaze aseptique : l'*hémostase* doit être très soigneuse, pour voir l'action de la gouge.

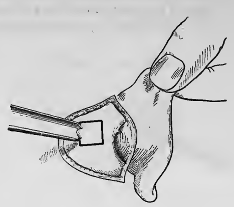


Fig. 194. — Attaque de l'os en arrière, obliquement vers le conduit, pour éviter le sinus latéral.

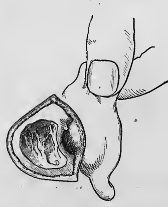


Fig. 195. — Ouverture de l'antre et des cellules mastoïdiennes.

Plusieurs cas se présentent :

1° On rencontre au-dessous de la corticale externe une *cavité saine ou remplie de pus et de fongosités*. Après évacuation de ce foyer avec la curette,— dont le tranchant, manié doucement, sera toujours dirigé vers le conduit, et jamais en arrière, pour éviter la perforation du sinus, — effondrez l'os ou le foyer d'ostéite sous-jacent, jusqu'à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi de profondeur, c'est-à-dire jusqu'à la rencontre de l'antre;

2° Vous ne rencontrez, dès les premiers coups de gouge, que

de l'*os sain* et ne trouvez *ni pus, ni fongosités*. N'hésitez pas à trépaner dans la profondeur, dans la direction de l'antre.

3° Le *sinus latéral* ou *la dure-mère*, anormalement situés, se présentent dès que la corticale est ouverte : attaquez l'os alors, en avant, sur la paroi postérieure même du conduit, par des coups de gouge très prudents, pour éviter la section du facial.

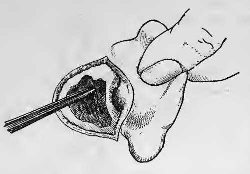


Fig. 196.

Avez-vous bien ouvert l'antre ?

Question capitale, car, si le foyer originel de la suppuration n'est pas ouvert, les accidents persisteront.

Vous reconnaîtrez l'ouverture de l'antre par le procédé suivant : un stylet de trousse coudé à son extrémité et introduit dans le fond du puits osseux, la pointe dirigée en haut et en avant, s'engage dans un petit canal osseux vers la caisse, et accroche les parois de ce petit tunnel, c'est-à-dire de l'aditus (fig. 196).

5° **Recherche des foyers secondaires de suppuration.** — L'antre découvert, il faut l'ouvrir largement, à la gouge, à la curette, enlever le pus, curetter les fongosités. Cela fait. recherchez les diverticules de la suppuration, qui vous amèneront parfois à réséquer tout le bord postérieur et la pointe de l'apophyse, en particulier quand celle-ci est perforée, et donne lieu au phlegmon du cou (mastoïdite de Bezold). En réalité, la *trépanation de l'apo-*

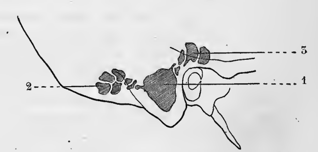


Fig. 197. — Cellules mastoïdiennes aberrantes où il faut rechercher les foyers secondaires de suppuration.

1. Antre. — 2. Cellules aberrantes, *occipitales*, type plus fréquent. — 3. Cellules squameuses, au-dessus du conduit auditif.

physe comprend l'ouverture totale de cet os et de toutes ses cellules.

Fin de l'opération. Pansement. — Ligature des artères. Hémostase soigneuse. Pas de sutures. Placez une mèche de gaze dans l'antre, une dans le conduit. Pansement aseptique, ouate et bande autour de la tête.

Incidents et accidents post-opératoires. — Evitables si vous avez tenu compte des points de repère.

Avez-vous ouvert le sinus latéral? Une hémorragie profuse de sang noir inonde le champ opératoire. Tamponnez fortement, continuez la trépanation, si ce tamponnement ne gêne pas l'action des instruments, sinon suspendez l'opération. Cinq ou six jours après, enlevez la mèche de gaze.

Y a-t-il une fistule mastoïdienne?

Il ne faut jamais l'explorer avec le stylet ni trépaner l'os à son niveau, avant d'avoir ouvert l'antre (fig. 201).

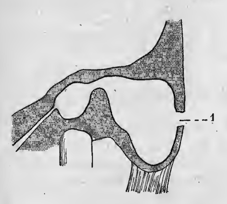


Fig. 198. — Fistule mastoïdienne ouverte sous les téguments.

1. Perforation de la corticale externe permettant au pus de s'écouler à l'extérieur.

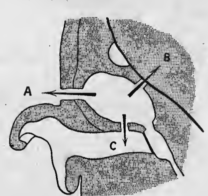


Fig. 199. — Les fistules mastoïdiennes.

Mastoïdite fistulisée : A. A l'extérieur, sous la peau de la région mastoïdienne ; B. Dans le crâne (abcès extra-dural) ; C. Dans la paroi postérieure du conduit auditif.

Convalescence. — Pansements. — Le premier pansement sera fait le 4e ou le 5e jour ; utilisez les propriétés décollantes de l'eau oxygénée pour enlever les mèches, dont l'ablation est très douloureuse.

Il faut que la réparation de la plaie se fasse de la profondeur vers la surface. Pas de lavages, ni de caustiques. Faites un tam-

ponnement modéré avec de la gaze aseptique, à chaque panse-

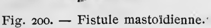



Fig. 200. — Fistule mastoïdienne.

Ce qu'il faut éviter : ne jamais les explorer avec un stylet, car on peut crever le sinus, les méninges et l'encéphale.

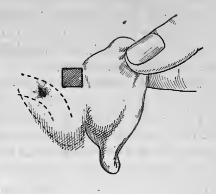


Fig. 201. — Trépanation dans un cas de fistule mastoïdienne.

Il ne faut jamais trépaner l'os sur une fistule mastoïdienne, car elle peut surplomber le sinus latéral et la gouge risque de l'ouvrir.

Il faut suivre la règle et trépaner au niveau de l'antre, puis réséquer à la pince gouge, de proche en proche l'os malade, jusqu'au niveau du foyer fistuleux.

ment, qui sera renouvelé tous les 2 ou 3 jours.

Y a-t-il des bourgeons exubérants empiétant sur les lèvres de la plaie : donnez un coup de curette ou badigeonnez à l'iode.

La guérison a lieu au bout de 3 à 6 semaines.

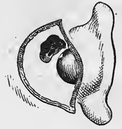


Fig. 202. — Trépanation mastoïdienne chez l'enfant.

L'os est mou, friable, fistulisé souvent ; l'antre siège plus haut que chez l'adulte, d'un coup de curette il est effondré et il suffit de régulariser ses parois.

Trépanation mastoïdienne chez l'enfant. — Très facile. Rappelez-vous que, chez l'enfant en bas âge, l'antre : 1° est à fleur d'os, sous-jacent à la corticale qui est très mince ; 2° est beaucoup plus haut situé que chez l'adulte.

Donc attaquez l'os derrière l'angle postéro-supérieur du conduit.

2° DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES DES OTITES ET MASTOÏDITES

a. — *MÉCANISME DE L'INFECTION*

Vous retiendrez cette *grande règle* que les ***complications intra-craniennes des otites peuvent apparaître au cours des otites aiguës ou des otorrhées chroniques, avec ou***

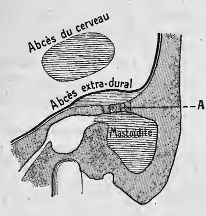


Fig. 203. — Mécanisme de l'infection intra-cranienne, au cours des otites et des mastoïdites, par *voie veineuse.*

On voit : *a.* La mastoïde remplie de pus ; — *b.* Le toit de la mastoïde formé par une couche d'*os* sain, *intact*; — *c.* Un abcès extra-dural, situé entre la dure-mère et l'os ; — *d.* Un abcès du cerveau en plein tissu cérébral.

Or, ces lésions : mastoïdite, abcès extra-dural et abcès du cerveau, sont *isolées* et séparées par des zones de tissu (osseux et cérébral) en *apparence* sains.

En réalité, l'infection s'est faite par les capillaires et les vaisseaux qui cheminent à travers l'os (A).

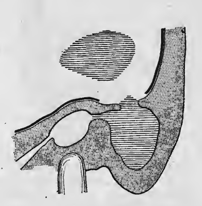


Fig. 204. — Second mécanisme de l'infection intra-cranienne.

Les lésions se sont produites par contiguïté, de proche en proche. La mastoïdite a nécrosé, fistulisé l'os sus-jacent et donné naissance à un abcès extra-dural, puis à un foyer de pachyméningite et à un abcès du cerveau.

Les lésions sont *contiguës*, communicantes.

sans mastoïdite. Et ce qui favorise leur ***apparition***, c'est : soit la ***rétention du pus***, soit une ***maladie infectieuse.*** Donc soyez attentif chaque fois que dans le cours d'une grippe, ou d'une maladie générale, un malade se plaint de l'oreille.

Nous avons vu que les principales complications endo-craniennes des otites étaient :

1° L'abcès extra-dural avec ou sans pachyméningite (¹);
2° L'abcès du cerveau et l'abcès du cervelet;
3° La méningite;
4° La septicémie auriculaire.

b. — *LE DIAGNOSTIC CLINIQUE CERTAIN DE L'ABCÈS EXTRA-DURAL EST* SOUVENT IMPOSSIBLE

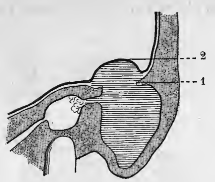


Fig. 205. — Abcès extra-dural.

Mastoïdite fusant dans le crâne, après avoir effondré la paroi supérieure de l'antre, décollé la dure-mère, et provoqué un *abcès extra-dural*.

1. Perforation du toit de l'antre. — 2. La dure-mère est refoulée par le pus.

Voilà certes un cas embarrassant, dans la pratique médicale : le diagnostic certain de l'abcès extra-dural est impossible à faire. Heureusement qu'il est rare et constitue presque toujours une ***trouvaille opératoire***.

Vous le *soupçonnerez* cependant, *avant* l'opération, s'il y a une ***céphalée*** tenace au cours de l'otite ou de la mastoïdite. Et cette céphalée persistante vous incitera à demander le conseil d'un auriste, car rappelez-vous que le pus « boit facilement l'obstacle », c'est-à-dire la méninge, pour déterminer les pires complications.

c. — *LE DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS DU CERVEAU ET DU CERVELET EST* POSSIBLE

Vous *soupçonnerez un abcès du cerveau ou du cervelet* chez un malade porteur d'un écoulement d'oreille, lorsqu'il présente une *céphalée* tenace, accompagnée parfois d'*affaiblissement*, d'*anorexie*, de dépérissement et d'*amaigrissement*. Un tel malade fait

(¹) On dit qu'il y a *abcès extra-dural*, quand une collection purulente s'est développée entre la dure-mère et le crâne; *pachyméningite* quand la face externe de la méninge est épaissie, recouverte de fongosités et de granulations.

du pus dans le crâne, et si vous trouvez un *pouls ralenti*, méfiez-vous d'un abcès cérébral.

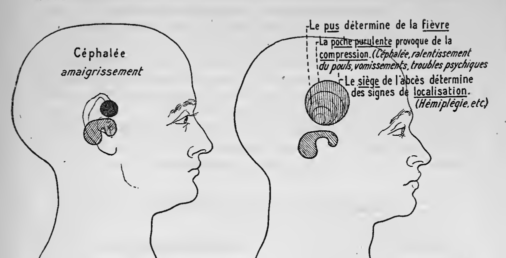


Fig. 206. — Abcès du cerveau (Symptômes du début).

Fig. 207. — Abcès du cerveau (symptômes confirmés).

Hâtez-vous, pour le faire examiner et opérer.

Vous *affirmerez l'existence d'un* **abcès du cerveau**, lorsque celui-ci ayant acquis un certain volume détermine :

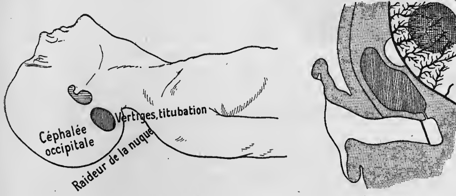


Fig. 208. — Les grands symptômes de l'abcès du cervelet.

Fig. 209. — Abcès du cervelet (vu sur une coupe horizontale).

a) des *signes de suppuration* : *fièvre peu élevée*;

b) des *signes de compression* : **céphalée.** C'est le symptôme

invariable, caractéristique. Cette céphalée est très marquée, intense, accompagnée de *vertiges*, de titubation, de **vomissements** parfois, de **ralentissement du pouls**. Vous constaterez également des **troubles psychiques**, marqués par de l'apathie, de la somnolence, un abattement extrême;

c) des *signes de localisation*. En pareil cas, le diagnostic ne devra plus faire de doute pour vous : **épilepsie jacksonienne**, *aphasie*, *hémiplégie*, *paralysies oculaires*, c'en est trop et votre malade est déjà bien mal!...

Vous *affirmerez l'existence d'un* ***abcès du cervelet***, si à la plupart des signes précédents se surajoutent de la raideur de la *nuque*, de la *céphalée occipitale* et des *vertiges*.

d. — *LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE EST* TOUJOURS POSSIBLE

1° *Craignez-la*, surtout chez les **enfants otorrhéiques**, lorsque, *brusquement*, le malade est pris d'une ***céphalée*** intense, locale d'abord, généralisée par la suite, avec une ***fièvre*** de 39 ou de 40°.

2° Vous serez *presque certain* de la réalité de la méningite s'il existe des symptômes d'*irritation méningée* : ***vertiges***, ***convulsions***, agitation, ***délire***, ***vomissements***, ***raideur*** de la nuque, *fièvre élevée*.

Mais vous ne pourrez l'affirmer, car il peut y avoir simplement irritation méningo-encéphalique, fréquente chez les enfants, due à la présence d'une simple otite, et une paracentèse fera disparaître tous les symptômes inquiétants en quelques heures.

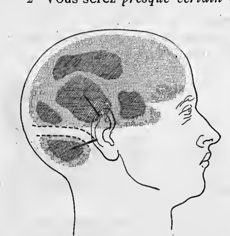


Fig. 210. — Plaques de méningite d'origine otique.

3° Vous *affirmerez la méningite*, en présence de ***paralysies***, du côté des yeux (inégalité pupillaire, muscles moteurs), des sphincters, etc.

Dès que vous soupçonnerez la méningite, recommandez toujours la ***ponction lombaire***, qui est à la fois un moyen de diagnostic et un procédé thérapeutique.

C'est un *moyen de diagnostic* infaillible et de *pronostic* des plus *précieux*, parce que l'examen du liquide vous montre d'abord *s'il y a* méningite, et en outre *sa nature*. Il y a en effet des **méningites séreuses**, d'ordre plutôt irritatif, caractérisées par un liquide céphalo-rachidien limpide et clair, et de pronostic excellent puisqu'elles guérissent souvent par la ponction lombaire; et des **méningites purulentes**, à pronostic beaucoup plus grave.

Il ne suffit pas de retirer du liquide par la ponction lombaire, il faut le faire examiner bactériologiquement.

Cette rachicentèse, associée à la désinfection du foyer auriculaire (trépanation mastoïdienne, craniotomie), est le meilleur traitement actuel des méningites otogènes.

e. — *SEPTICÉMIE AURICULAIRE. PHLÉBITE DU SINUS*

Les otites s'accompagnent de complications septicémiques analogues à celles que vous rencontrez dans l'organisme : septicémie d'une plaie, puerpérale, etc. L'infection se fait par voie veineuse et vous n'ignorez pas que le *sinus latéral*, le grand collecteur de tout le sang veineux du crâne, passe en arrière de la mastoïde pour se continuer directement avec la veine jugulaire.



Fig. 211. — Le sinus latéral, au niveau de son coude.

Il fait saillie en quelque sorte sur la paroi postérieure profonde de la mastoïde.

Or n'importe quelle affection suppurative de l'oreille : otite moyenne, mastoïdite, peut déterminer de la septicémie. Et ces accidents septicémiques se font soit par les petites veinules qui sillonnent tout le rocher, soit par l'infection du sinus latéral : il y a alors *thrombose* ou *phlébite du sinus*.

Donc deux mécanismes d'infection, mais un résultat identique : la pyémie.

Le diagnostic de la septicémie est facile. — Il suffit de jeter un coup d'œil sur la **feuille de température** (fig. 212).

Voyez ces **oscillations caractéristiques**, cette courbe en aiguilles. Cela vous suffit pour affirmer qu'il y a septicémie.

Joignez-y le début *brusque*, avec grand ***frisson***, aussi « solennel » souvent que celui de la pneumonie, suivi de sudation, la céphalée, les douleurs rétro-mastoïdiennes, les phénomènes généraux graves (teint terreux, troubles digestifs) et vous pouvez affirmer que votre malade présente une septicémie otogène.

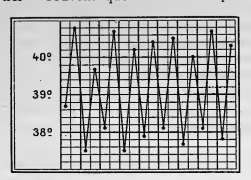


Fig. 212. — L'examen de la feuille de température (oscillations en aiguille, caractéristiques) fait le diagnostic de septicémie.

Il a probablement, en outre, une *phlébite du sinus latéral*, s'il présente ce que j'ai désigné sous le nom de « cri de la pyémie », c'est-à-dire une vive douleur au bord postérieur de l'apophyse, et si ce point est empâté, s'il y a des abcès métastatiques.

Il a vraisemblablement aussi une *phlébite de la jugulaire*, s'il présente du torticolis, avec douleur rétro-maxillaire et cervicale.

Beaucoup plus fréquentes sont les septicémies otogènes, sans phlébite sinuso-jugulaire ; toute *otite virulente peut en effet déterminer des phénomènes pyémiques.*

Le traitement sera fait d'urgence. — Vite, une paracentèse du tympan, si l'otite est récente ; une trépanation mastoïdienne et l'exploration du sinus latéral, s'il y a mastoïdite ; l'ouverture du sinus, s'il est malade.

Mais que de septicémies auriculaires, dès le début des otites, guérissent avec une bonne aiguille à paracentèse ...!

f. — *PARALYSIE FACIALE*

En présence d'une paralysie faciale survenant au cours d'une otite, l'indication est d'***intervenir*** *chirurgicalement, le plus tôt possible* :

par une paracentèse, si l'otite est aiguë ;

par une trépanation, si la mastoïdite est récente ;

par un évidement pétro-mastoïdien, si l'otorrhée est chronique.

Il y a urgence extrême à intervenir rapidement dans les para-

lysies faciales otitiques, pour éviter leur incurabilité. Il suffit en effet de décomprimer le nerf, dans son passage à travers la caisse et la mastoïde, en enlevant le pus, les séquestres, pour guérir rapidement la paralysie.

Donc, ***évitez*** de mettre sur le compte de l'« *a frigore* » ce qui est dû à une suppuration otogène, et de prendre l'électrode de votre petite bobine électrique pour l'appliquer sur la joue du patient.

Conduite à tenir, pour le praticien, en présence d'une complication intra-cranienne otitique.

1° Éloignez le souvenir du Cunctator... antique et ***ne temporisez jamais***. N'attendez pas surtout que le diagnostic soit certain et bien établi : le coma, des paralysies, par exemple ! Contentez-vous de *simples probabilités* et, le *jour même*, il faut que le malade soit vu et parfois opéré, par un auriste ou un chirurgien,... à moins que vous-même ne preniez d'urgence et immédiatement toutes les responsabilités ;

2° Ne faites **aucune thérapeutique médicale ou locale**, laissez le vésicatoire chez le pharmacien, la sangsue dans son bocal et les potions pseudo-calmantes ;

3° Sachez que, une *opération* faite *au début* des accidents, une ponction lombaire, une paracentèse, une trépanation mastoïdienne, une craniotomie, peuvent sauver le malade ;

4° Et quand bien même vous seriez appelé tardivement, sachez qu'une *intervention*, même faite *in extremis*, peut et doit être tentée. Il suffit d'avoir assisté à de véritables résurrections de malades pour légitimer toutes les tentatives opératoires.

IV. — AFFECTIONS DIVERSES

VERTIGE AURICULAIRE — MALADIE DE MENIÈRE

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR LE VERTIGE DE L'OREILLE?

Très simplement ceci. Vous savez qu'une partie de l'oreille interne sert à l'*audition*, l'autre à l'*équilibration*, c'est-à-dire à l'orientation de la tête, qui joue un grand rôle dans l'équilibre du corps. Ces deux parties sont indépendantes :

la lésion de l'une entraîne la *surdité* et les *bourdonnements*; la lésion de l'autre, des *vertiges*.

QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE MÉNIÈRE?

Il y a près de cinquante ans, Ménière a décrit une maladie caractérisée par les *trois symptômes* suivants : *vertiges, surdité, bourdonnements* et, à l'autopsie des *rares* malades qui servirent de base à son mémoire, il constata une hémorragie de l'oreille interne.

Donc, un tout petit nombre de faits a servi à la description de cette maladie.

Depuis, on a généralisé, et, chaque fois qu'un malade présente des vertiges auriculaires, on dit qu'il est atteint de la maladie de Ménière.

C'est une erreur, car, si le symptôme est le même, la lésion est différente et il est bon que vous sachiez que ***toute lésion** de l'oreille* (externe, moyenne, interne, conduit auditif, tympan, caisse..., c'est-à-dire vulgaire bouchon de cérumen, otite suppurée) ***est susceptible de provoquer du vertige*** avec surdité et bourdonnements. Et cela s'explique par l'irritation du labyrinthe. Supposez un bouchon de cérumen au contact du tympan, qui refoule ce dernier, ainsi que la chaîne des osselets : il en résulte une irritation du labyrinthe; de même quand il y a augmentation de

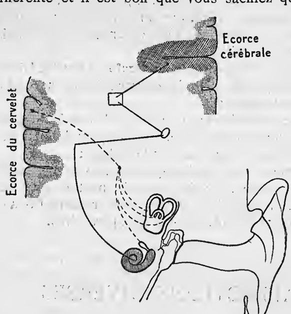


Fig. 213. — Schéma du vertige de l'oreille.

Deux zones dans l'oreille interne :

1° La zone auditive, répondant au limaçon, commandée par le nerf cochléaire;

2° La zone de l'*équilibre*, du sens de l'espace, répondant au vestibule et aux canaux semi-circulaires, et commandée par le nerf vestibulaire.

la tension du liquide labyrinthique par le pus d'une otite ; quand il y a anémie, congestion, infection de l'oreille interne dans certaines maladies générales, par des intoxications médicamenteuses (quinine, salicylate de soude).

Pour conclure :

1° le nom de MALADIE *de Ménière* doit être uniquement réservé aux vertiges déterminés *anatomiquement* par une hémorragie labyrinthique. Cette maladie est *très rare* ;

2° il y a un SYNDROME *de Ménière*, ou plus communément si vous voulez, des VERTIGES AURICULAIRES, quand il y a une irritation du labyrinthe, quelle qu'en soit la cause.

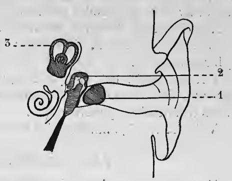


Fig. 214. — Les causes du vertige auriculaire.

Il peut être déterminé : par une lésion de l'oreille externe (1) (corps étranger, cérumen au contact du tympan, etc.); — par une otite moyenne (2); — par une hémorragie labyrinthique (maladie de Ménière) (3) ou par anémie, congestion, suppuration du labyrinthe, dans les intoxications médicamenteuses, dans les maladies générales, infectieuses. C'est le vertige auriculaire banal.

COMMENT RECONNAITREZ-VOUS UN VERTIGE AURICULAIRE ?

1° par les troubles accusés par le malade;
2° par l'examen otoscopique.

1° *PAR LES TROUBLES ACCUSÉS PAR LE MALADE*

a) Tantôt, il vous racontera qu'au cours d'une bonne santé, sans cause appréciable, il a perçu une sorte de détonation, de bruit intense dans l'oreille. En même temps, *bourdonnements*, *vertiges*, parfois chute à terre, avec ou sans *nausées* et *vomissements*. La crise dure de quelques minutes à quelques heures; dès qu'elle est terminée, le malade s'aperçoit qu'il est *sourd*. Cette grande crise aiguë se répète parfois, *très atténuée*.

Voilà un CAS TYPE DE MALADIE DE MÉNIÈRE.

b) Tantôt, le sujet est un sourd, atteint de sclérose auriculaire, ou bien il a une otite suppurée aiguë ou chronique ou encore, dans le cours d'une maladie générale infectieuse, quelquefois à la

suite d'absorption de médicaments (quinine, salicylate), il a été pris des mêmes symptômes précédents, c'est-à-dire :

Vertiges, provoquant la titubation, ne disparaissant pas dans la position couchée ou par la fermeture des yeux, entraînant le sujet du côté de l'oreille malade, durant quelques heures ; parfois déterminant un ***état de malaise***, vertigineux, *continu*; ***bourdonnements*** aigus, sifflements intenses; ***surdité*** de plus en plus accentuée.

Cet ensemble est complété parfois par des ***vomissements*** bilieux, apparaissant spontanément, sans le moindre effort, qui vous feront dire dyspepsie !!....

Voilà le *vertige auriculaire banal.* Il faut s'en assurer :

2° *PAR L'EXAMEN OTOSCOPIQUE*

Vous verrez quelquefois un bouchon de cérumen, parfois une otite, dans d'autres cas enfin un *tympan absolument normal* : c'est que le vertige est d'origine labyrinthique.

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

1° *Ce qu'il faut éviter.*

C'est de ne pas interroger le malade complètement, et surtout de vous contenter de la simple notion des vertiges. A-t-il des bourdonnements, de la surdité?

C'est de ne pas prendre le speculum, qui vous permettra peut-être de guérir instantanément votre malade, grâce à un simple lavage, s'il y a un bouchon de cire; grâce à la douche d'air s'il a une otite catarrhale.

C'est, inversement, de commettre des erreurs thérapeutiques, en soignant l'oreille externe, saine, par des lavages ; en faisant des insufflations d'air à tour de bras avec la poire de Politzer, dans une oreille moyenne normale, alors que seul le labyrinthe est touché !

C'est, alors que vous voyez un tympan normal, de conclure que l'oreille interne l'est également, et de *diagnostiquer à faux un vertige neurasthénique, stomacal, artério-scléreux*, etc., et par suite de doucher le malade, de le mettre aux alcalins, de lui imposer des régimes.

Sachez enfin que parfois le *diagnostic est difficile* et que *seul un otologiste peut le faire.*

2° *Ce que vous ferez.*

a. — **Pendant l'accès.**

Vous prescrirez :

1° le repos au lit, la tête peu élevée, dans un calme complet, dans une pièce silencieuse ;

2° eau chloroformée, ou potion de Rivière pour calmer les nausées ;

3° un lavement pour évacuer l'intestin.

b. — **Après l'accès.**

Traiter l'otite externe ou *l'otite moyenne*, s'il y a lieu, et selon l'indication :

Si le vertige est d'origine labyrinthique :

1° supprimer le médicament (salicylate de soude, quinine) quand l'origine médicamenteuse paraît en cause ;

2° donner de la **quinine**, dans le cas contraire. Vous recommanderez 1 à 3 centigrammes de quinine 3 fois par jour, pendant 8 jours. Quelquefois, il y aura exaspération des bourdonnements ;

3° **iodure de potassium** (0,10 à 1 gramme par jour) pendant les 15 jours consécutifs ; acide bromhydrique, de 20 à 40 gouttes par jour ; valérianate d'ammoniaque.

4° prescrire la **pilocarpine** en injections sous-cutanées. Le but de cette médication est de favoriser la résorption des exsudats intra-labyrinthiques.

On formule :

Chlorhydrate de pilocarpine. . . .	20 centigrammes.
Eau bouillie.	10 grammes.

Un demi-centimètre cube ou 10 gouttes contiennent un centigramme de pilocarpine, qui est la dose injectable. Faire une piqûre, le matin à jeun, pendant 15 jours, le malade étant couché. La pilocarpine provoque une sudation, une salivation avec polyurie, qui dure 1 à 2 heures pendant lesquelles le malade restera au lit. Cette médication peut amener parfois la disparition des exsudats intra-labyrinthiques.

5° *Bains* ou *enveloppements chauds*, tisanes chaudes, pour provoquer la sudation, si le traitement à la pilocarpine est impossible ;

6° **Traitement hygiénique sévère.** — Éviter le bruit, les efforts, les exercices violents; alimentation légère, *régime* approprié.

Traiter l'état général : cardiopathie, syphilis, diabète, artériosclérose, brightisme, et diminuer la pression sanguine. Donc, selon les cas : laxatifs, diurétiques, alcalins, régime lacté; déchloruration dans le brightisme; médication hypotensive, iodure de sodium à la dose de 0,50 par jour.

7° **Ponctions lombaires.** — Si les méthodes précédentes échouent, retirer 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, deux fois, à six jours d'intervalle.

8° *Émissions sanguines* (sangsues mastoïdiennes et saignée au besoin) sont nettement indiquées chez les congestifs.

Savoir enfin que, si le vertige persiste, l'oreille peut ne pas être seule en cause, mais qu'il peut provenir d'une affection cérébrale ou cérébelleuse.

MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Le médecin doit se rappeler que les affections limitées à la trompe sont très rares, et que *toute otite moyenne*, aiguë ou chronique, catarrhale ou purulente, *est précédée et accompagnée d'une salpingite.*

Dans la pratique courante, retenez donc simplement que les symptômes et le traitement des salpingites aiguës ou chroniques se confond absolument avec celui des otites de même nature.

BOURDONNEMENTS D'OREILLE

Ils constituent un symptôme extrêmement pénible pour les malades, vis-à-vis duquel le médecin est souvent désarmé. Leur variété est innombrable : bruit de coquillage, de sifflet de locomotive, de vent qui souffle, d'eau qui bout, de jet de vapeur, etc.

I. — *CAUSE DES BOURDONNEMENTS*

Ils reconnaissent : 1° des *troubles circulatoires*, ischémiques ou hyperémiques (chez les arthritiques, les goutteux, les artério-

scléreux, etc.); 2° l'*hyper* ou l'*hypotension des liquides intra-labyrinthiques* par lésions de l'oreille externe (compression du tympan par un cérumen, un corps étranger, une injection, etc.); par lésions de l'oreille moyenne (épanchements des otites déterminant une compression de l'étrier et par suite des liquides labyrinthiques); troubles de l'oreille interne (artério-sclérose, brightisme, diabète, goutte; médicaments toxiques de l'oreille (quinine, salicylate de soude).

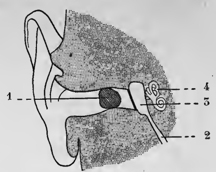


Fig. 215. — Mécanisme des bourdonnements d'oreille.

Les bourdonnements sont produits par une irritation de l'oreille interne.

Celle-ci peut dépendre d'une :

a) lésion de l'oreille externe (cérumen) qui comprime le tympan, les osselets et le liquide endo-labyrinthique (1);

b) lésion de l'oreille moyenne (3) (otite, catarrhe) ou lésion de la trompe (2) : c'est le même mécanisme;

c) lésion de l'oreille interne (4) (troubles circulatoires, anémie, congestion, maladies générales, artério-sclérose, etc.).

II. — *TRAITEMENT*

Il sera *local* ou *général*.

a. — ***Traitement local***. — En traitant l'otite aiguë, l'otorrhée chronique, les adhérences qui se forment dans l'oreille moyenne après ces otopathies, le bruit subjectif disparaît souvent.

b. — ***Traitement général***. — Si le bourdonnement persiste — et le cas se présente surtout chez les otitiques scléreux, chez les névropathes :

Surveillez le *régime alimentaire* (abstention de café, thé, tabac, alcool), la liberté du ventre; prescrivez l'hygiène de la peau avec des frictions sèches ou alcoolisées, l'hydrothérapie tiède. On améliore souvent beaucoup les malades avec le régime végétarien. Aux sujets congestifs, recommandez les laxatifs, les diurétiques.

Donnez du *bromure de potassium* (2 grammes par jour, 15 jours par mois); de la teinture d'aconit, X à XII gouttes pendant 10 à 15 jours consécutifs; de la valériane, des valérianates; prescrivez, à prendre 3 fois par jour, un quart d'heure après les repas, dans de l'eau sucrée, X à XX gouttes de

Acide bromhydrique à 10 % . . . . . 25 grammes.

(dans un flacon en verre coloré).

Se gargariser aussitôt après, avec un verre d'eau contenant une demi-cuiller à café de bicarbonate de soude.

Faites pratiquer une *révulsion* sur la mastoïde (frictions avec le baume de Fioraventi, ou application de vésicatoires volants).

Donnez de la

Guipsine, en pilules de. . . . . 0,05 centigrammes.
4 à 5 par jour.

ou

Trigémine . . . . 0,25 centigrammes.
Pour un cachet. — 2 à 3 cachets par jour.

Les *courants de haute fréquence* pourront être recommandés aux hypertendus.

LES SOURDS-MUETS

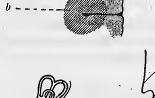
QU'EST-CE QUE LA SURDI-MUTITÉ

C'est le mutisme consécutif à la surdité, bien que l'organe vocal soit absolument normal.

Tout enfant naît muet : ce n'est que plus tard, avec le sens de l'ouïe, qu'il apprend le langage articulé.

Tout enfant né sourd restera muet : c'est la surdi-mutité ***congénitale***, fonction surtout de l'hérédité et de la consanguinité des parents.

De même, tout enfant dont l'*ouïe est normale à la naissance* et qui *perdra l'audition* à la suite d'une affection auriculaire survenue dans la première enfance : otite double, méningite cérébro-



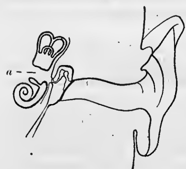


Fig. 216. — Lésions qui provoquent la surdi-mutité :

a) Malformation de l'oreille interne (atrophie, absence);

b) Arrêt de développement du lobe temporal et de la circonvolution temporale supérieure, siège de la zone auditive.

spinale, maladies infectieuses, *deviendra muet* : c'est la surdi-mutité ***acquise***.

Voilà toute l'explication de la surdi-mutité.

Au point de vue anatomique le schéma précédent indique la topographie des lésions de la surdi-mutité.

AU POINT DE VUE DIAGNOSTIC

Ce sont les parents ou la nourrice qui, les premiers, s'aperçoivent que le bébé n'entend pas et n'apprend pas à parler à l'âge de ***18 mois*** ou ***deux ans***. Ce sont eux qui vous apportent le diagnostic.

S'agit-il d'un véritable sourd-muet ou d'un enfant arriéré, en retard ? Diagnostic difficile, car l'enfant est éveillé, intelligent, sourit à ce qu'on lui dit, son regard a une grande mobilité.

Voyez le tympan : il est sain, dans la surdi-mutité congénitale; malade dans la surdi-mutité acquise.

Interrogez la famille au point de vue de la consanguinité, de la syphilis. Tâchez de savoir si l'enfant a entendu quelques mois auparavant.

Recherchez la surdité en *provoquant des sons* (sifflement, battement des mains, timbres, gongs, sonnerie de cloches, diapason etc.), et en évitant bien, surtout, de provoquer une vibration de l'air près de l'oreille de l'enfant. Examinez alors sa physionomie.

Et n'hésitez pas, en cas de doute, à demander une consultation à une institution de sourds-muets dont les professeurs, mieux que médecins et auristes, vous fixeront.

AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

1° *Vous devrez, vous, médecin, instituer un* ***traitement prophylactique***, en quelque sorte.

Autrement dit, soigner ou faire traiter, avec le plus grand soin, toute otite chez les nourrissons et les jeunes enfants, leur faire enlever les végétations s'ils ont des otites à répétition; car votre responsabilité serait fortement engagée si une surdi-mutité apparaissait;

2° Conseiller un ***traitement pédagogique***, qui sera appliqué par un spécialiste ou un professeur d'une Institution de sourds-muets.

Comme la surdité est rarement complète et qu'il existe toujours

des *vestiges d'audition* pour certains sons, il sera de la plus grande importance de faire parler l'enfant.

Au point de vue pédagogique, *deux méthodes* : 1° la méthode des **signes** ou de l'abbé de l'Épée, abandonnée aujourd'hui, car les sourds-muets se comprenant par signes, ne peuvent correspondre qu'entre eux; 2° la **méthode orale**, d'après laquelle les sourds-muets apprennent à parler par des leçons d'articulation des mots, par la vue des objets, du toucher, de la palpation du larynx du professeur enseignant.

TUBERCULOSE DE L'OREILLE

Sa *caractéristique* est de constituer un ***véritable abcès froid*** de l'oreille moyenne.

Un phtisique avancé, viendra vous consulter pour une otite moyenne suppurée, développée sans fièvre, sans douleur, sans réaction locale, avec surdité intense.

Vous faites l'examen otoscopique et vous constatez une otorrhée abondante, fétide, avec larges ou multiples perforations du tympan. Parfois une mastoïdite apparaît.

Vous *traiterez* cette suppuration par les procédés classiques, mais en sachant qu'elle est rebelle. Pronostic grave au point de vue auditif, en admettant que le malade ne succombe pas aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

SYPHILIS DE L'OREILLE

Vous y penserez.

1° ***Chez un adulte.*** — En présence d'un **vertige** auriculaire, à **début brusque**, avec vomissements, **bourdonnements**, **surdité** totale. Interrogez-le, et s'il y a eu une syphilis antérieure, il s'agit d'une otite interne spécifique.

Ce syndrome vertigineux est la caractéristique de la localisation de la syphilis sur l'oreille.

Parfois, des *exostoses* dans le conduit coïncidant avec d'autres siègeant sur différents points du corps, une *otorrhée* rebelle chez

un syphilitique, des *gommes* sur le pavillon ou dans le conduit sont une manifestation de la diathèse;

2° ***Chez un enfant.*** — Quand vous constatez des malformations dentaires, de la kératite et de la surdité, c'est la *triade de Hutchinson*, fonction d'une *syphilis héréditaire tardive.*

Vous la traiterez.

Chez l'adulte, par le traitement classique, intensif, mixte;

Chez l'enfant, vous serez impuissant en présence d'une syphilis héréditaire tardive. Mais vous pourrez prévenir la localisation auriculaire par le traitement mercuriel préventif.

TRAUMATISMES DE L'OREILLE — FRACTURES DU ROCHER

Inutile de les énumérer, car ce serait compiler tous les traités de chirurgie et tous les manuels de pathologie.

Inutile aussi de vous donner une copieuse liste de *lésions* et de *symptômes*, selon que le conduit auditif, le tympan, la caisse, le labyrinthe, le rocher, sont atteints ou fracturés.

Retenez simplement, ce que le bon sens et le raisonnement vous indiquent, à savoir que vous constaterez, depuis une hémorragie abondante par le conduit, une déchirure du tympan, le syndrome labyrinthique (vertiges, surdité, bourdonnements), jusqu'à un écoulement de liquide céphalo-rachidien ou une paralysie de certains nerfs craniens.

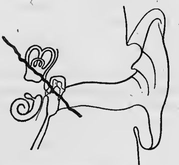


Fig. 217. — Fracture du rocher.

Le trait de fracture intéresse l'oreille interne, la caisse, le tympan et le conduit auditif.

Abstenez-vous : si vous faites des injections, même antiseptiques et des douches d'air, vous risquez une propagation infectieuse oto-crânio-encéphalique, en faisant suppurer le caillot, d'autant que la fracture peut spontanément s'infecter par la trompe d'Eustache.

Le traitement est indispensable à connaître.

Il consiste à ***ne rien faire*** et à s'abstenir de toute intervention; cela peut paraître paradoxal. Et cependant il est exact que moins vous ferez, mieux le malade s'en trouvera.

Exemple : la figure 228 représente une fracture du rocher intéressant crâne, oreille interne, moyenne, tympan et conduit. Faites des irrigations dans le conduit : vous risquez de transformer une plaie aseptique en une plaie septique et l'infection, cheminant par le trait de fracture, provoquera une méningo-encéphalite mortelle.

Donc, *repos au lit, repos de l'oreille* (ni lavage du conduit, ni du nez), un *coton au méat* : c'est tout, rien de plus.

Mais faites ***surveiller le malade*** par un ***auriste*** ou un ***chirurgien.***

Celui-ci : 1° ne *crèvera pas le tympan* s'il y a un épanchement hématique dans la caisse, pour ne pas transformer en fracture ouverte une fracture fermée ;

2° n'enlèvera le *corps étranger* (balle, esquille), que s'il est d'accès facile;

3° n'*opérera* le tympan, le crâne, le cerveau, que s'il y a une complication suppurée. C'est de la sorte que j'ai trépané avec succès un confrère atteint de fractures des deux rochers avec otite double, mastoïdite, paralysie du facial et du moteur oculaire commun. La gravité du cas commandait l'intervention.

NÉVRALGIE DE L'OREILLE OU OTALGIE

Règle. — ***Chaque fois qu'un malade souffre de l'oreille,*** le praticien doit, au lieu de prescrire une potion calmante, des gouttes à verser dans l'oreille ou de bons lavages antiseptiques, ***prendre le speculum*** et regarder.

Deux cas :

1° il y a une **otite externe** ou une **otite moyenne**, et vous les traiterez en conséquence;

2° **absence d'otite** : il s'agit alors d'une névralgie essentielle, d'une *otalgie pure.*

QUELLE EST LA CAUSE DE CETTE OTALGIE?

Considérez la fig. 60. Il faut se rappeler que l'oreille est innervée par des filets du trijumeau, du glosso-pharyngien et un rameau du pneumogastrique. Or, ces nerfs innervent également la base de la langue, l'amygdale, le système dentaire et le larynx.

C'est dire que, par action *réflexe*, une *lésion de voisinage* de l'oreille (carie dentaire, angine, ulcérations de la base de la langue, maladie du pharynx, laryngites ulcéreuses (tuberculose, cancer) pourra provoquer une douleur d'oreille, une *otalgie* très vive.

COMME TRAITEMENT.

Évitez de baigner le conduit auditif avec des baumes ou des mixtures oléagineuses, polychromes.

Examinez le système dentaire, la cavité buccale et laryngée.

Prescrivez : 1° un traitement causal (le dentiste), 2° des calmants.

SURDITÉ HYSTÉRIQUE

Combien rare!...

Un auriste la dépistera au moyen d'une exploration complète de l'organe de l'ouïe.

Le médecin pourra y penser, si elle éclate brusquement à l'occasion d'une *émotion*, si elle est *variable*, si elle coexiste avec les *stigmates hystériques*.

Méfiez-vous, chez les hystériques, des *algies mastoïdiennes*, qui peuvent tenir à une mastoïdite vraie ou être d'origine purement nerveuse. Cherchez les stigmates avant et au lieu de trépaner....

TUMEURS MALIGNES DE L'OREILLE

L'*auriste* pourra faire le diagnostic d'un épithélioma de l'oreille, qui presque toujours siège dans la caisse, par une otorrhée compliquée de bourgeons saignant très facilement. Mais il fera surtout le diagnostic, par l'examen histologique..., et bien souvent à

une période tardive, où mastoïde et tout l'organe auditif sont envahis.

Le *médecin* ne posera guère le diagnostic de tumeur maligne de l'oreille qu'à la période ultime, de douleur, de suppuration et surtout d'*envahissement ganglionnaire.*

Comme traitement. — Rassurez votre conscience. Que le diagnostic ait été précoce ou tardif, le résultat est le même; une opération faite dès le début, même très large, est si aléatoire!...

Soyez thérapeute **calmant** (morphine) et *opportuniste* (antisepsie du conduit avec de l'eau oxygénée et adrénaline contre les hémorragies).

OTITES INTERNES OU LABYRINTHITES SUPPURÉES

Leur *mécanisme.* — Il faut se rappeler qu'au cours des otorrhées chroniques, le pus peut par ostéite de voisinage ou par envahissement des canaux, gagner l'oreille interne.

Leur *gravité* est extrême, car la ***méningite*** est toujours l'aboutissant d'une labyrinthite suppurée.

Vous la diagnostiquerez par les symptômes suivants, qui sont classiques :

1° notion d'une otorrhée préexistante;

2° apparition au cours de cette otorrhée : *a*) de phénomènes généraux (*fièvre*, *céphalée*); *b*) de signes locaux (syndrome labyrinthique, c'est-à-dire *vertige*, *surdité* et *bourdonnements.*

3° d'un *signe caractéristique* et *constant* : le ***nystagmus.***

Le *traitement* sera purement ***chirurgical*** et rapide, et consistera dans l'évidement pétro-mastoïdien, au besoin dans la trépanation du labyrinthe.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES D'OREILLE

La *rédaction du rapport* est toujours très difficile, car il y a souvent une question de simulation à élucider, un interrogatoire complet du labyrinthe à faire au moyen des diapasons ou des courants continus, des examens auditifs à pratiquer à intervalles

éloignés, etc. Il est donc préférable que la responsabilité incombe au spécialiste plutôt qu'au médecin praticien.

Voici cependant quelques notions sommaires qui permettront d'établir le certificat.

Presque toujours, le blessé réclame l'expertise médicale à la suite d'une explosion de poudre, de dynamite, de travail dans les caissons, etc., un certain temps après l'accident soit par ce que la lésion auriculaire a passé au second plan, soit parce qu'elle a été masquée par une commotion cérébrale. Il accuse de la surdité, des bourdonnements, des vertiges ou une otorrhée.

Or, dans votre [rapport, il faudra établir deux choses : 1° les ***troubles fonctionnels sont-ils bien dus à une lésion auriculaire*** ; 2° ***celle-ci relève-t-elle du traumatisme*** ?

Le diagnostic se fera : 1° par l'*anamnèse* : plaie du conduit auditif, paralysie faciale, otorrhagie ; 2° par l'*otoscopie*. Mais il peut être bien difficile de faire un diagnostic certain et précis, car une lésion de l'oreille antérieure à l'accident pouvait exister.

L'examen de la surdité, des bourdonnements, de la céphalée, des vertiges, des troubles de l'équilibre, devra être analysé très minutieusement, différencié de la neurasthénie traumatique, de la plupart des vertiges, de la simulation, de l'exagération.

L'expert devra être **très réservé dans son pronostic.** C'est qu'en effet les bourdonnements, les vertiges peuvent souvent disparaître alors que la surdité persistera. Il faudra donc **demander plusieurs expertises à intervalles éloignés**, de manière à permettre la juste appréciation des faits et de l'indemnité à fixer.

Le rapport médico-légal devra établir l'incapacité totale ou partielle, définitive ou temporaire, au point de vue fonctionnel et professionnel, de l'ouvrier qui a été blessé.

Quant au traitement, il faut savoir que la thérapeutique otologique améliore très peu les lésions otiques. Le meilleur moyen d'apporter un soulagement à l'état du blessé est d'assurer le règlement pécuniaire de son accident. A partir de ce moment, il se préoccupe moins et l'indemnité constitue un merveilleux traitement de ce que l'on a appelé la « névrose de procédure ». (Berger) (Pasquier).

HYGIÈNE DE L'OREILLE

Le médecin doit posséder quelques notions sur l'hygiène de l'oreille, à tous les âges de la vie, de façon à faire la prophylaxie de la surdité. Bien souvent, surtout chez l'enfant, la surdité est méconnue, parce qu'elle s'est développée d'une façon latente et progressive, et elle est attribuée plutôt à l'inattention qu'à une lésion auriculaire. Erreur d'interprétation qui entraîne souvent une infirmité incurable.

CHEZ LE NOURRISSON.

Éviter l'infection du conduit auditif due à la pénétration de l'eau **pendant le bain**. Sécher avec de l'ouate hydrophile, tortillée en forme de pinceau.

Toilette du pavillon et du sillon rétro-auriculaire, avec de l'ouate imbibée d'eau bouillie. Éviter l'intertrigo. En cas d'irritation tégumentaire, poudrer avec du talc (poudre non fermentescible, bien supérieure à l'amidon).

Proscrire le nettoyage de l'oreille avec de petits instruments ; enlever le cérumen avec de petits pinceaux d'ouate, une ou deux fois par semaine.

Surveiller l'oreille, dans les cas de fièvre dont l'origine échappe (otite latente). Bien savoir que la **surdi-mutité** a souvent pour cause une otite méconnue.

A quatre mois, le nourrisson reconnaît la voix humaine ; à un an, il répète quelques mots ; à deux ans, il parle. Les parents doivent s'inquiéter si, de 5 à 8 mois, *l'enfant n'entend pas.*

CHEZ L'ENFANT

Pour le **nettoyage**, proscrire tous les instruments. Recommander un pinceau constitué par une petite tige mousse, allumette ou autre, à l'extrémité de laquelle est enroulée de l'ouate hydrophile. L'imbiber d'huile de vaseline ou d'eau de Cologne. Toilette quotidienne.

Surveiller l'introduction de corps étrangers. Le traitement des

suppurations auriculaires constituera la meilleure prophylaxie de la surdité de l'adolescence.

Soigner les engelures, à l'aide de coiffures spéciales, oreillettes, etc., pour éviter des ulcérations et des déformations ultérieures disgracieuses.

Soustraire l'enfant à tous les **traumatismes auriculaires** : gifle, coups sur l'oreille qui peuvent déterminer un hématome, une perforation du tympan, etc.

Reculer à l'âge de 12 à 15 ans la **perforation du lobule**; réserver cette petite opération au médecin et non au barbier du village ou à l'horloger qui l'exécute avec un poinçon dans son arrière-boutique. Interdire cette mutilation chez les sujets à peau délicate, car elle est l'origine d'impétigo, de kéloïde.

Bien **surveiller l'audition** des enfants. S'inquiéter, lorsque à deux ans, un enfant ne parle pas : très souvent il s'agit d'un *sourd* qui devient *muet*. Dans des cas assez nombreux, l'enfant a parlé jusqu'à l'âge de 3, 4 et 5 ans, et peu à peu il perd l'usage de la parole : c'est qu'il cesse d'entendre. C'est un sourd-muet, non plus congénital, mais acquis. Plus tard, ne pas attribuer à l'inattention une surdité en évolution. Tout enfant qui fait répéter, qui a des otalgies, des otites ou une otorrhée, sera examiné par un auriste. Le traitement d'une obstruction nasale, l'ablation de végétations adénoïdes évitera des lésions auriculaires irrémédiables : d'où, la nécessité d'une **hygiène scolaire** très attentive.

CHEZ L'ADULTE.

Les procédés de toilette ont été indiqués précédemment.

Traiter les **rhinites** et les **pharyngites** chroniques, à retentissement auriculaire, par un traitement local ou hydro-minéral.

Éviter la pénétration de l'eau dans l'oreille, s'il y a une perforation du tympan (réinfection de la caisse, vertiges). Par conséquent, obturer le méat avec du coton non hydrophile.

Interdire les changements brusques de **pression de l'air** aux sujets dont l'oreille est délicate (donc pas d'aviation, interdiction du travail dans les caissons à air comprimé). Pour éviter, en pareil cas, les accidents tels que l'hémorragie tympanique, recommander des mouvements de déglutition fréquents.

Défendre le séjour au **bord de la mer** et dans les climats humides, aux sujets atteints de lésions de l'oreille moyenne avec surdité en évolution.

Se méfier des **otites professionnelles** (mécaniciens, artilleurs, chaudronniers, tôliers, etc.); le bruit continu et répété détermine une fatigue du nerf auditif, un ébranlement du labyrinthe qui aboutit à la surdité. Recommander l'usage de tampons d'ouate vaselinée, placés au méat auditif.

Certaines substances sont **toxiques** pour le labyrinthe : le plomb, l'alcool ; parmi les médicaments, la quinine, le salicylate de soude. Ne prescrire ces derniers, chez les sourds, qu'en cas de nécessité absolue.

CHAPITRE II

MALADIES DU NEZ

I. — ROLE DU NEZ DANS LA PATHOLOGIE

Faut-il rappeler : 1° Son ***rôle respiratoire.*** Le nez forme la porte d'entrée des voies aériennes ; aussi l'importance qu'il joue en pathologie pulmonaire, chaque fois que sa fonction est troublée par une obstruction quelconque, est-elle considérable : gêne respiratoire et déformations thoraciques chez les adénoïdiens ; emphysème, asthme, bronchites chez l'adulte, etc.

2° Son ***rôle dans les infections*** de l'organisme. Le nez constitue l'avant-garde, en quelque sorte, de tous les défilés qui conduisent aux principaux viscères thoraciques et abdominaux.

C'est l'infection nasale qui est souvent la première étape des affections des *voies respiratoires.* Ce sont les rhinites à répétition, les adénoïdites qui expliquent

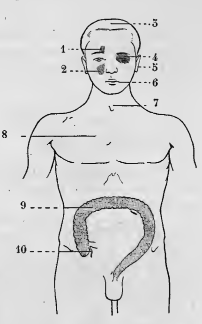


Fig. 218.— Schéma des *infections* d'origine nasale.

Ces infections se font par *propagation directe,* d'une cavité à l'autre, surtout aux organes voisins (sinus, oreille, œil) ; et par *voie descendante* (voies aériennes, tube digestif), par la déglutition de mucosités, de muco-pus.

Rappelez-vous l'analogie de structure des follicules clos du pharynx (végétations adénoïdes), de l'intestin et de l'appendice, celle-ci constituant une véritable « amygdale intestinale ».

1. Sinusites frontales. — 2. Sinusites maxillaires. — 3. Infections méningées. — 4. Troubles oculaires (conjonctivites, kératites, etc.). — 5. Otites. — 6. Adénoïdites. Amygdalites. — 7. Laryngites. — 8. Infections descendantes des voies aériennes, broncho-pulmonaires. — 9. Entérite. — 10. Appendicite.

ces laryngites striduleuses, ces bronchites récidivantes, ces broncho-pneumonies du jeune âge.

Le rôle du nez en *pathologie digestive* est aujourd'hui bien connu. Il agit, en effet sur l'estomac et l'intestin, par deux mécanismes parfaitement démontrés : 1° soit par une *infection descendante* (déglutition de mucosités nasales, de pus, au cours des rhinites, des sinusites, des adénoïdites); 2° soit par *simultanéité de l'infection* atteignant des viscères de même structure histologique : rappelez-vous la présence du tissu adénoïde dans l'arrière-nez et dans la muqueuse intestinale (follicules clos de l'intestin, de l'appendice). Combien de dyspepsies reconnaissent simplement pour origine une rhinite chronique. Que d'entérites infantiles, sans compter les appendicites récidivantes à chaque poussée d'adénoïdite!

C'est également l'état septique du nez qui sert de préface à presque toutes les *otites moyennes suppurées*, aux *sinusites* de la face. La libre communication de toutes ces cavités donne la clef de ces accidents.

II. — ANATOMIE ÉLÉMENTAIRE

Les fosses nasales constituent deux cavités séparées par la cloison.

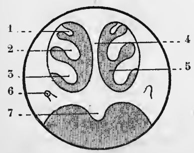


Fig. 219. — Orifices postérieurs des fosses nasales ou choanes.

On ne les aperçoit qu'à l'aide de la rhinoscopie postérieure, c'est-à-dire par l'introduction d'un petit miroir insinué en arrière de la luette.

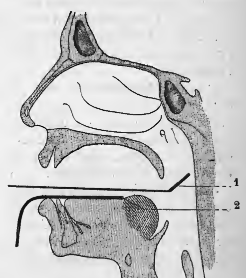


Fig. 220. — Technique de la rhinoscopie postérieure qui permet de voir l'image précédente.

1. Le miroir. — 2. L'abaisse-langue.

1. Cornet supérieur. — 2. Cornet moyen. — 3. Cornet inférieur. — 4. Bord postérieur du vomer. — 5. Méats. — 6. Orifice de la trompe d'Eustache. — 7. Luette.

Chacune d'elles présente un orifice antérieur, la *narine*, et un

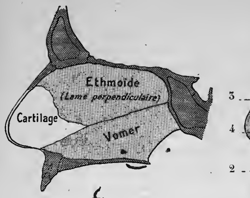


Fig. 221.
Cloison du nez.

Elle est *cartilagineuse* en avant, *osseuse* en arrière ; à ce niveau, elle est constituée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et par le vomer.

Cette structure ostéo-cartilagineuse est très importante, car elle explique le mécanisme des abcès, des fractures, la localisation de la syphilis, etc.

Sachez également qu'il existe des déviations intéressant soit le septum cartilagineux, soit le septum osseux, ou même les deux simultanément.

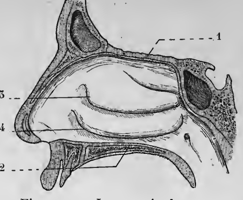


Fig. 222. — Les parois du nez.

Le *plafond* (1) ou *paroi supérieure*, est presque horizontal : c'est la zone dangereuse. Un instrument qui la perfore pénètre dans la cavité crânienne. [Donc n'enfoncez jamais de stylet dans le nez, de bas en haut, Cette paroi est formée en avant par l'ethmoïde, en arrière par le sphénoïde.

Le *plancher* (2), ou *paroi inférieure*, sépare le nez de la cavité buccale, dont elle forme la voûte palatine.

Les *cornets* : le moyen (3) et l'inférieur (4) situés sur la paroi externe de la fosse nasale.

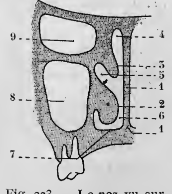


Fig. 223. — Le nez vu sur une coupe de la tête transversale et verticale.

1. Cloison. — 2. Cornet inférieur. — 3. Cornet moyen. — 4. La fente olfactive, qui est sous-jacente à la lame criblée de l'ethmoïde (danger pour les méninges). — 5. Méat moyen. — 6. Méat inférieur. — 7. Plancher du nez. — 8. Sinus maxillaire. — 9. Orbite.

orifice postérieur ou *choane*, qui la fait communiquer avec le cavum ou pharynx nasal.

Chaque fosse nasale est limitée par quatre parois : cloison en dedans, paroi supérieure ou voûte, plancher, paroi externe.

Trois points anatomiques sont importants à retenir, au point de vue pratique ;

1° La *muqueuse pituitaire* tapisse les fosses nasales proprement dites, mais non la face interne des narines, c'est-

à-dire le vestibule du nez. Ce dernier est recouvert par l'invagination de la peau de l'aile du nez, parsemée de poils ou

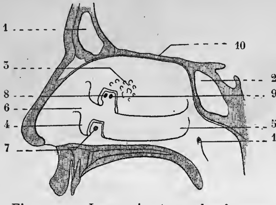


Fig. 224. — La paroi externe des fosses nasales. C'est la plus importante.

Elle résume presque toute la pathologie du nez; d'abord, parce qu'elle constitue l'insertion des cornets dont les affections sont si fréquentes, et en outre, parce qu'elle communique directement avec les sinus : maxillaire, frontal (1), sphénoïdal (2), ethmoïdal (3) et avec la cavité orbitaire.

Elle présente trois saillies ou *cornets* : *inférieur, moyen, supérieur*. (Ce dernier est situé tout à fait en arrière et en haut, presque toujours il est invisible, inaccessible, son rôle en pathologie est nul).

Fig. 225. — La structure des cornets.

Ils sont constitués par une mince coque osseuse recouverte d'un tissu caverneux extrêmement vasculaire, doué de propriétés érectiles.

A gauche de la fig., on voit un cornet inférieur turgescent, en érection, qui provoque une obstruction partielle de la fosse nasale.

A droite, le tissu caverneux s'est rétracté, la narine est perméable et la respiration parfaite.

Chaque cornet comprend trois parties, la *tête* en avant (4), le corps et la *queue* en arrière (5). Chacun de ces segments peut s'hypertrophier isolément. Entre les cornets et la paroi externe du nez, sont des espaces vides ou *méats* (6).

Dans les méats aboutissent des orifices, bien protégés par la coque des cornets contre des infections extérieures. C'est ainsi que le méat inférieur renferme l'*orifice du canal naso-lacrymal* (7); dans le méat moyen,on voit l'*orifice du sinus maxillaire* (8) et celui du *canal naso-frontal* (9), particularité qui explique les infections d'un sinus à l'autre), et enfin, la plupart des cellules *ethmoïdales* (3).

La lame criblée de l'ethmoïde (10) forme la voûte des fosses nasales.

L'orifice de la trompe d'Eustache (11) est situé tout à fait en arrière.

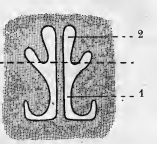


Fig. 226. — Schéma du nez physiologique.

Dans les fosses nasales, il faut considérer :

a) Le *nez respiratoire* (1) : c'est le segment inférieur qui préside à cette fonction. La respiration de l'air, c'est-à-dire l'inspiration suivie de l'expiration, se fait par le méat inférieur et dans l'espace compris entre le cornet inférieur et la cloison.

b) Le nez *olfactif* (2) comprend la partie supérieure de la fosse nasale.

Il en résulte qu'une tumeur primitivement située dans le haut du nez, entraînera une perte de l'odorat, mais n'entravera pas la respiration, au début.

vibrisses, organe de défense contre les infections exogènes. Aussi, la pathologie du vestibule et celle des fosses nasales sont-elles bien distinctes : la première est celle de toutes les surfaces tégumentaires pileuses ;

2° La *richesse vasculaire* du nez est extrême, d'où l'abondance et la durée des hémorragies nasales. Autre fait intéressant : le système vasculaire, en particulier le système veineux, affecte des rapports étroits avec la circulation intra-cranienne, d'où les propagations méningo-encéphaliques possibles dans les maladies infectieuses du nez ;

3° La *richesse en filets nerveux* est non moins considérable, d'où la source des innombrables *réflexes* dont le nez est le point de départ.

III. — RELATIONS ENTRE LE NEZ ET LES ORGANES VOISINS

Il est inutile d'insister sur la communication qui existe entre le nez et l'oreille, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, dont l'orifice placé dans le pharynx nasal, est situé en arrière de la queue du cornet inférieur.

La figure 227 qui représente une coupe transversale et verticale du nez, montre les connexions importantes de cet organe avec le système dentaire, les sinus et la cavité cranienne.

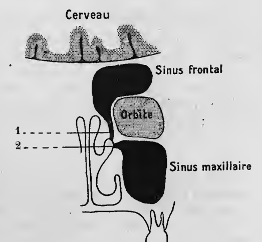


Fig. 227. — Rapports du nez avec les cavités annexes : sinusiennes, orbitaire, cranienne.

En procédant de bas en haut, on voit :

1° Que la carie d'une molaire supérieure peut déterminer une sinusite dont l'écoulement se fait dans le méat moyen, et qu'un malade « peut moucher du pus, consécutivement à une dent malade ».

2° Que l'orbite affecte des rapports de contiguïté très étroits avec les fosses nasales.

3° Que le sinus frontal s'ouvre dans le méat moyen (1) presque au même point que l'orifice du sinus maxillaire (2), d'où des associations suppurées, à l'infini.

4° Que les rapports entre le nez, les sinus et l'encéphale expliquent qu'un « rhume » peut parfois aboutir « au cerveau ».

IV. — EXAMEN CLINIQUE

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

Un diagnostic « à vue de nez », sans examen rhinoscopique préalable, suivi d'une thérapeutique d'équations.

Exemple : Vous avez le nez bouché ? — Reniflez du menthol.

Le nez coule ? — Faites des lavages.

Ces deux lignes ont résumé pendant longtemps, pour beaucoup de praticiens, toute la pathologie nasale.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Deux choses :

a) un interrogatoire méthodique ;

b) un examen de l'organe.

A. — INTERROGATOIRE DU MALADE

Laissez-le librement exposer l'objet de la consultation et quand il aura plus ou moins longuement et plus ou moins mal expliqué qu'il souffre d'une obstruction nasale, d'un écoulement, etc., vous reprendrez un à un tous les symptômes en les analysant en détail.

Presque toujours, vous serez consulté pour un nez *bouché*, sec, qui ne mouche pas ; ou pour un nez qui *coule* ; qui ne *sent* plus les odeurs ; ou qui *renifle*, qui *nasonne* parfois, qui est douloureux.

A. — *LE NEZ EST-IL BOUCHÉ ?*

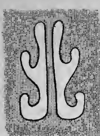
Souvent le malade fait lui-même l'expérience devant vous, il ferme la bouche, la narine saine, et vous montre par un effort qu'il lui est impossible de souffler par la narine opposée.

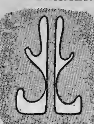
Ce n'est pas tout, il vous raconte tous les méfaits de cette obstruction :

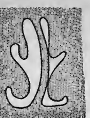
1° ***respiration buccale***, avec sécheresse de la gorge la nuit, et surtout le matin au réveil ; ***ronflement*** nocturne parfois, respiration bruyante le jour ;

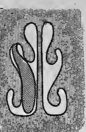
2° fragilité de la muqueuse de ses voies aériennes, devenues irritables et susceptibles par la respiration de l'air froid ; d'où ***catarrhes bronchiques***, asthme ;

3° ***troubles auditifs*** : ***surdité***, otorrhée, bourdonnements, etc.

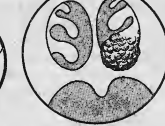

Nez normal.


Rhinite hypertrophique.


Déviation de la cloison.


Polypes.


Végétations adénoïdes.


Queue de cornet droite.

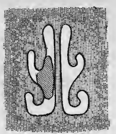

Corps étranger.

Fig. 228. — Sémeiologie de l'obstruction nasale. Ses principales *causes*.

4° troubles réflexes, dus à la mauvaise circulation encéphalique : migraines;

5° chez les enfants, cette obstruction imprime un cachet spécial à la *physionomie*, dont l'expression est hébétée, stupide, dans les cas d'obstruction marquée. Elle s'accompagne de ***déformations squelettiques*** portant sur les maxillaires et la cage thoracique, d'arrêt de développement;

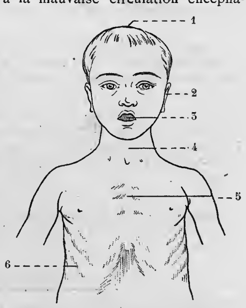
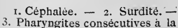


Fig. 229. — Principales lésions déterminées par l'insuffisance nasale.



1. Céphalée. — 2. Surdité. — 3. Pharyngites consécutives à la respiration buccale. — 4. Laryngo-trachéites. — 5. Affections broncho-pulmonaires. — 6. Rétraction du thorax et troubles de développement du squelette.

6° ***nasonnement.*** La cavité de résonance étant supprimée, la voix devient plus sourde, nasonnée, surtout pour les nasales *m* et *n*.

Il est très important d'être fixé sur tous ces points de détail, de façon à pouvoir porter un pronostic.

B. — *LE NEZ COULE-T-IL?*

Que de fois vous serez consulté parce que *le nez est sec, bouché* et que le *malade ne mouche pas*. Ici faites bien attention et dissociez bien chaque symptôme que le malade tend à confondre. Il confond la sécheresse du nez, le non-besoin de se moucher (ce qui est normal), avec l'impossibilité de se moucher (c'est-à-dire l'obstruction).

A l'état normal, le nez ne doit pas couler.

S'il y a un écoulement, tâchez de connaître sa nature.

Est-ce du ***sang***? et y a-t-il eu des épistaxis?

Est-il ***séreux***? Dans ce cas, il peut s'agir d'une hydrorrhée, qui se traduit par la « goutte au nez », caractéristique d'une rhinite spasmodique, avec éternuements, etc.

Est-il ***purulent*** et le liquide tache-t-il le mouchoir? c'est une sinusite probable.

Est-ce simplement des ***mucosités*** jaunâtres, abondantes, fonction d'une rhinite catarrhale? Autant de points à éclaircir.

C. — *EXISTE-T-IL DES TROUBLES DE L'ODORAT?*

Cet interrogatoire local terminé, il reste à savoir :

1° si l'affection nasale a provoqué des *troubles à distance* : auriculaires, digestifs, pulmonaires, etc.;

2° quel est le terrain, l'*état général* du sujet? Et ce point est très important, car si vous constatez au cours de l'examen, la présence d'ulcérations, il faut savoir que celles-ci peuvent être fonction d'un lupus, d'une tuberculose pulmonaire sous roche, de la syphilis.

Cette connaissance de l'état général est tout particulièrement importante chez le nourrisson, où toute affection du nez : rhinite, suintement, devra être suivie de la recherche de la syphilis héréditaire.

B. — EXAMEN DU NEZ

Vous le regarderez d'abord *extra*, avant de pénétrer *intus*.

Vous le palperez extérieurement.

Vous soulèverez le lobule, pour explorer le vestibule. Cela fait, on examine les fosses nasales : *a*) par les *narines*, avec le *speculum nasi* (**rhinoscopie antérieure**) ; *b*) par le *pharynx buccal*, avec le *miroir pharyngien*, pour voir les orifices postérieurs ou choanes (**rhinoscopie postérieure**).

Et, si besoin en est, on complète cette exploration par deux manœuvres : 1° la rétraction de la muqueuse du nez avec la cocaïne-adrénaline ; 2° le toucher avec un stylet.

L'*aspect extérieur* du nez, soit dévié, soit déformé par un traumatisme, peut déjà faire pressentir une conformation vicieuse intérieure. Un nez **aminci** indique une atrésie interne, ou un adénoïdien ; un nez en **lorgnette,** un effondrement de la cloison souvent syphilitique ; un nez **camard** appartient aux ozéneux ; un nez **rouge** est l'indice d'un trouble circulatoire, etc.

Le *palper* du dos et des ailes du nez révélera parfois une saillie sous-jacente, due à une déviation de la cloison.

Cela fait, on procède à l'exploration interne.

Comme pour l'oreille, deux temps principaux :

1° l'examen des *narines* ou du vestibule, qui se fait sans instrument : narinoscopie ;

2° l'examen des *fosses nasales* proprement dites, à l'aide du speculum : rhinoscopie.

I. — *EXAMEN DES NARINES* ou *NARINOSCOPIE.*

Soulevez le lobule avec le pouce et explorez, de « l'œil », le vestibule. Vous constatez s'il est perméable ou obstrué par une déviation du cartilage, par des polypes ; s'il existe de l'eczéma, de la folliculite, etc.



Fig. 230. — Examen du vestibule du nez sans instrument, en soulevant le lobule du nez avec le doigt.

Ce procédé d'examen des narines, non seulement donne parfois un diagnostic que la valve du speculum aurait caché, mais encore renseigne sur la façon d'introduire celui-ci et d'éviter une douleur au malade en heurtant une cloison déviée.



Attirez, également avec le doigt, l'aile du nez en haut et en dehors, vers l'œil, vous verrez mieux encore.

Cet examen sera fait, soit à la lumière du jour, soit en éclairant le nez avec le miroir frontal.

Fig. 231. — Examen des narines.
On aperçoit la tête de chaque cornet inférieur.

II. — *EXAMEN DES FOSSES NASALES* ou *RHINOSCOPIE.*

On examine les fosses nasales avec le speculum nasi, par voie narinaire : c'est la *rhinoscopie antérieure* et par voie pharyngée : c'est la *rhinoscopie postérieure.*

A. — RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

Il faut explorer successivement : la partie moyenne, le plancher, la voûte des fosses nasales.



Fig. 232. — Comment tenir le speculum?

Vous le prendrez de la main droite, par la circonférence du pavillon, tandis que le pouce gauche soulèvera le lobule. La vis destinée à l'écartement des valves regardera la gauche du malade, quelle que soit la fosse nasale à examiner.

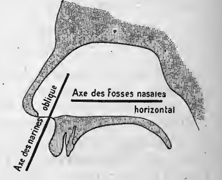


Fig. 233. — L'introduction du speculum est commandée par la direction de l'axe du nez.

L'axe des fosses nasales est horizontal, celui du vestibule est oblique. Si donc, on introduit le speculum suivant l'axe narinaire, on ne verra absolument que la partie supérieure du nez.

Il est donc nécessaire de relever le speculum et de faire décrire au pavillon un mouvement d'ascension.



Fig. 234. — Comment introduire le speculum?

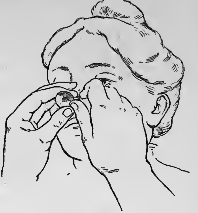


Fig. 235.

Comme pour le cathétérisme de l'urètre, par un petit tour de main que voici et qui résulte de la direction de l'*axe* de la fosse nasale :

1er temps. — *Pénétration*. Le pouce de la main gauche soulevant le lobule, on fait pénétrer le speculum, *valves fermées*, dans l'axe du vestibule, c'est-à-dire parallèlement à l'arête dorsale du nez — pénétration pacifique bien entendu, sans éveiller la moindre douleur. On enfonce doucement l'instrument, en le glissant en quelque sorte, jusqu'à ce qu'il soit au contact du rebord narinaire. Mais il ne faut pas que ce dernier soit distendu, comme le ferait un trop gros Béniqué, par exemple, pour un petit méat urinaire, ce serait une grosse faute.

2e temps. — *Relèvement*. On relève le pavillon de façon à rendre horizontal l'axe du speculum.

3e temps. — *Écartement des valves*. La main gauche abandonnant le front du malade et le pouce quittant le lobule, le speculum est maintenu dans cette position horizontale entre l'index et le pouce gauches. Puis, la main droite tourne la vis et écarte les valves jusqu'à ce qu'elles affleurent, l'une la cloison, l'autre l'aile du nez.

Ici encore, beaucoup de légèreté de main, pas de brusquerie, aucune distension. Vous ne devez jamais entendre dire au malade : « Docteur, vous me faites mal », sa physionomie ne doit même trahir aucun mouvement.

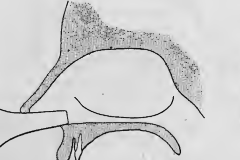




Fig. 236.— Exploration de la partie moyenne du nez.

A droite de la figure, le schéma, qui est une coupe vertico-transversale du nez, représente les parties éclairées par le speculum; les parties ombrées échappent à la vue.

Technique. — La tête du malade étant bien horizontale, de même que le speculum, vous apercevez au delà du vestibule :

Une *saillie hémisphérique*, *rougeâtre*, en dehors : c'est la tête du cornet inférieur (1);

La *cloison*, en dedans, (2) plus ou moins plane et irrégulière, et un espace libre qui les sépare : le *méat inférieur* (4).

Voilà les points de repère. Suivez-les bien du regard. Vous voyez le bord inférieur du cornet (3), le corps de ce cornet, que vous pouvez apercevoir parfois dans sa presque totalité quand il est petit, rétracte et non en érection. De même, la cloison se montre, tantôt comme une paroi verticale rosée, tantôt au contraire convexe ou concave, ou recouverte de saillies obliques (crête, déviation, etc).

L'espace qui sépare le cornet de la cloison est parfois minime, virtuel, réduit à une simple fente (obstruction nasale), tantôt tellement large qu'on peut apercevoir le pharynx nasal.

Cette direction du speculum permet de voir seulement la partie moyenne du nez, d'avant en arrière.

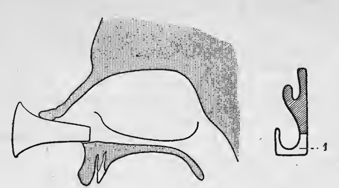


Fig. 237. — Exploration du plancher du nez.

Pour l'examiner et inspecter le méat inférieur (1), relevez légèrement en haut le pavillon de l'instrument.

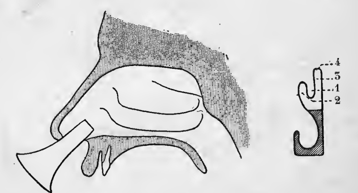


Fig. 238. — Exploration de la voûte des fosses nasales, région la plus importante en pathologie.

Pour l'apercevoir, abaissez le pavillon du speculum et vous verrez le cornet moyen (1) sous forme d'un bourrelet rosé, moins volumineux que le cornet inférieur.

L'espace qui le sépare de ce dernier constitue le *méat moyen* (2) (lieu de prédilection des polypes, du pus des sinusites). De même, vous apercevrez la partie supérieure de la cloison et la fente olfactive (3), espace minime compris entre le cornet moyen et la cloison et qui, en haut, est limité par la lame criblée de l'ethmoïde (4). Donc, jamais d'exploration au stylet à ce niveau.

Pour compléter l'examen rhinoscopique antérieur, il est souvent utile :

1° de *rétracter* la muqueuse des cornets inférieurs, hypertendue, qui masque l'exploration visuelle des parties profondes ;

2° de pratiquer le *toucher* intra-nasal, à l'aide d'un stylet.

Mais auparavant, inspectez l'orifice postérieur du nez, c'est-à-dire les choanes, de façon à voir leur aspect « nature » et non modifié par une rétraction artificielle.

DIFFICULTÉS DE LA RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

Elles proviennent : *a*) — du médecin,
b) — du malade.

1. — *Ce que le médecin doit éviter.*

1° **D'introduire le speculum avant d'avoir examiné les narines.** En effet, ce premier examen pratiqué sans instrument, en soulevant le lobule, est indispensable, car s'il montre que le vestibule est obstrué par une forte déviation de la cloison, vous ne blesserez pas celle-ci en mettant le speculum; d'autre part, si la narine est sale, encombrée de mucosités, de croûtes, vous la ferez nettoyer préalablement.

Fig. 239.
L'introduction profonde ou brutale du speculum risque d'ulcérer les varicosités capillaires de la cloison et de provoquer, outre une douleur, une épistaxis.

2° De provoquer une **douleur** et de déterminer une **épistaxis**, en enfonçant trop profondément le speculum ou en entr'ouvrant trop brusquement ses valves. Cette manœuvre violente, la plus fréquente de toutes chez les débutants, en traumatisant une cloison déviée, une tête de cornet, une muqueuse hémorragipare, ne vous fera pas apprécier par votre malade. Le meilleur préventif est de suivre de l'œil la pénétration de l'instrument, puis l'écartement de ses valves, et de bien diriger la lumière dans l'intérieur du speculum.

2. — *Difficultés provenant du malade.*

1° **Étroitesse de l'orifice narinaire**, chez les *enfants*, les *nourrissons* surtout. Prenez alors un petit spéculum d'oreille pour faire la rhinoscopie.

2° ***Obstacles gênant l'exploration visuelle.*** — Le speculum entr'ouvert montre, en particulier chez les enfants, une fosse nasale remplie de mucosités, de croûtes, de concrétions, etc. Mouchez vous-même le malade, « à la paysanne », faites renifler de la vaseline au besoin pour faire un nettoyage de ce nez et permettre la rhinoscopie.

Très souvent enfin l'obstacle est constitué par une congestion de la muqueuse ou l'hypertrophie du *cornet inférieur*, qui est au contact de la cloison et remplit tout le champ visuel : il est alors impossible de voir profondément. En pareil cas, cocaïnisez et adrénalisez la muqueuse pour la rétracter.

B. — RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Cette manœuvre consiste à introduire dans le pharynx, au-dessous de la luette, un petit miroir dirigé en haut et permettant l'inspection de l'orifice postérieur des fosses nasales, ou choanes, de la partie profonde des cornets, en même temps que de l'orifice de la trompe d'Eustache et de tout le pharynx nasal.

Manœuvre très délicate exigeant beaucoup de souplesse de la main du médecin et de prestesse dans l'exécution de ses mouvements. Vous la réussirez rarement du premier coup, il vous faudra plusieurs séances d'entraînement.

INSTRUMENTS

Un *abaisse-langue*, et un *petit miroir laryngien*, n° 0 ou 00, monté sur un manche en métal.

TECHNIQUE

Trois temps, comme pour la laryngoscopie.

1° *Mise en position* du *malade*, du *médecin* et de la *lumière* ;

2° *Éclairage* ;

3° *Introduction du petit miroir.*

1er temps. — Mise en position du malade, du ***médecin*** et de la ***lumière***. — C'est la position classique.

Mais il faut une source lumineuse très puissante, car le miroir éclairant est très petit. C'est une des conditions de réussite pour bien voir le rhino-pharynx.

2e temps. — Éclairage du pharynx. — Le médecin se place à 15 centimètres environ de l'orifice buccal du malade,

celui-ci ouvre la bouche et on projette un faisceau lumineux avec le miroir frontal sur la base de la luette. Il faut que la tache lumineuse soit très nette, donc rapprochez-vous ou éloignez-vous jusqu'à ce que vous ayez une intensité parfaite.

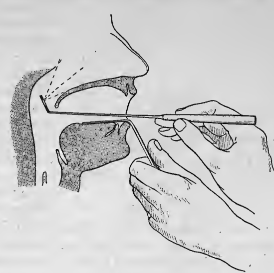


Fig. 240. — Technique de la rhinoscopie postérieure.

3e temps. — Introduction du petit miroir. — On **prend** celui-ci par le manche, avec la main droite, en le tenant comme une plume à écrire; on chauffe sa surface réfléchissante au-dessus de la flamme d'une lampe (absolument comme pour l'examen laryngoscopique) et on recommande au malade d'ouvrir la bouche, sans tirer la langue au dehors.

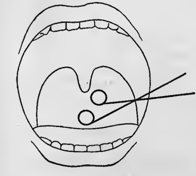


Fig. 241. — L'introduction du miroir au-dessous de la luette.

On l'enfonce d'abord horizontalement, puis on élève la tige et on abaisse la surface réfléchissante, pour apercevoir le rhino-pharynx.

On **déprime** alors celle-ci avec un abaisse-langue tenu de la main gauche, sans l'enfoncer trop loin pour éviter les nausées. Ne *dépassez pas l'union des deux tiers antérieurs* avec le tiers postérieur de la langue, innervé par le glosso-pharyngien, nerf nauséeux. Abaissez la langue par une pression lente et croissante, en surveillant bien les mouvements du voile, pour retirer l'instrument à la moindre contraction.

Engagez le malade à *respirer tranquillement par le nez*, de façon que le voile reste pendant et inerte.

Puis, **introduisez le miroir** dans la bouche, en tenant la tige

près de la commissure labiale gauche, la surface réfléchissante regardant en haut; que ce miroir ne touche aucune partie environnante, langue, voile, luette; qu'il soit toujours dans le vide.

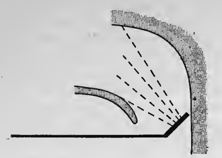


Fig. 242. — Introduction normale du miroir.
Tige horizontale.

Enfoncez-le, soit **au-dessous de la luette**, sur la partie médiane, soit à sa gauche ou à sa droite, si elle est trop longue. Vous apercevrez alors un des points de l'image rhinoscopique postérieure; ce ne sera qu'une image partielle.

Il faudra alors faire *varier l'inclinaison du miroir*, à gauche ou à droite, en avant ou en haut, en déplaçant le manche latéralement, en l'abaissant ou en l'élevant, de façon à obtenir des séries

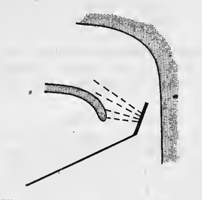


Fig. 243. — Inclinaison du miroir en avant.
On distingue mieux l'orifice postérieur des fosses nasales.

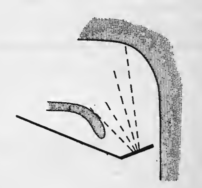


Fig. 244. — Inclinaison du miroir en haut.
En relevant la tige, on peut apercevoir la voûte du pharynx.

d'images qui, s'additionnant, donneront l'*image rhinoscopique postérieure totale.*

En cas de nausées, retirez vivement le miroir, n'insistez pas. Comme pour la laryngoscopie, il est préférable de faire des **examens réitérés**, de très **courte durée**, plutôt que de fatiguer le malade.

IMAGE RHINOSCOPIQUE POSTÉRIEURE

C'est une image *virtuelle, droite.* La partie supérieure de l'image est la projection de la voûte du cavum; la partie inférieure correspond au plancher de l'arrière-nez.

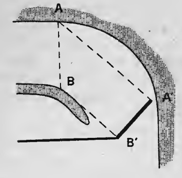


Fig. 245. — Production de l'image rhinoscopique.

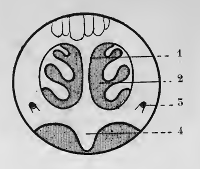


Fig. 246. — Image rhinoscopique postérieure.

On voit bien les orifices ou choanes, séparés par le bord postérieur de la cloison du nez ou vomer, tranchant, jaunâtre (1).

Ces orifices (2) ont une teinte obscure et sont en partie comblés par de petites masse rougeâtres représentant l'extrémité postérieure ou *queue des cornets.*

Pathologiquement, ces queues de cornets peuvent être renflées en massue, comblant toutes les choanes. On constate parfois des polypes, ou du pus unilatéral : c'est l'indice d'une sinusite qui se déverse en arrière.

On distingue l'orifice tubaire (3) et la face dorsale de la luette (4).

Dans le haut de l'image, la muqueuse est parfois bosselée (*végétations adénoïdes*).

Sur les parties latérales enfin, apparaît l'*orifice de la trompe d'Eustache*, jaunâtre, limité par un gros bourrelet rougeâtre.

DIFFICULTÉS DE LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Elles proviennent : *a*) — du médecin,
b) — du malade.

1. — *Ce que le médecin doit éviter.*

C'est de commettre des erreurs de technique, dont beaucoup sont communes à l'examen du larynx.

1° Il introduit l'abaisse-langue et le miroir, ***avant*** d'avoir bien

éclairé le pharynx. Conséquence : le miroir, pénétrant à l'aveuglette, heurte tout ce qu'il rencontre et détermine des ***réflexes***;

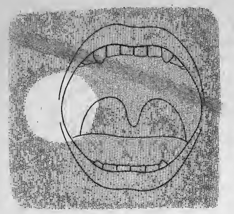


Fig. 247. — Mauvais éclairage.

La tache lumineuse, au lieu d'être placée sur la luette, éclaire la joue et la commissure labiale.

2° L'*abaisse-langue est enfoncé trop profondément*, d'où également mise en jeu des réflexes.

Toutes ces difficultés seront vaincues en ayant présentes à l'esprit, les règles de l'éclairage et la technique de la rhinoscopie.

Généralement, il faudra des exercices persévérants sur des sujets ayant une sensibilité pharyngée atténuée, sujets qui serviront de « mannequins », de « fantômes ».

2. — *Difficultés provenant du malade.*

1° Est-il *pusillanime* et craint-il d'être brûlé par la glace que vous avez chauffée? Donnez-lui confiance, appliquez le miroir contre sa joue ou sur la main, pour lui montrer qu'il est tiède.

Introduisez le miroir dans sa cavité buccale en lui déclarant que vous avez parfaitement vu, — alors qu'il n'en est rien, — recommencez la manœuvre plusieurs fois et vous réussirez;

2° La *langue* est un obstacle plus sérieux, soit qu'elle se ramasse en une grosse voussure charnue, résistante, soit qu'elle se tortille désespérément. Calmez cet éréthisme en appuyant très modérément l'abaisse-langue et en augmentant peu à peu la pression. Et ne craignez pas de recommencer maintes fois;

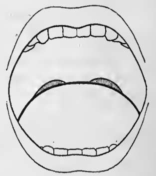


Fig. 248. — Difficulté de la rhinoscopie postérieure.

La langue se contracte, forme le « gros dos ». Si l'abaisse-langue veut vaincre cette résistance, un mouvement nauséeux apparaît.

3° Le ***réflexe pharyngé***, fréquent surtout chez les fumeurs, chez les nerveux, est fort troublant. Souvent le seul fait d'ouvrir la bouche provoque une nausée. C'est ici qu'il ne faut pas trop enfoncer l'abaisse-langue. Ne soyez pas pressé, persuadez au patient que ce petit ennui est l'apanage de tous les malades, qu'il ne fait pas exception ; titillez la langue doucement avec l'extrémité de l'abaisse-langue, pour la familiariser avec le contact de l'instrument, fatiguez-la en quelque sorte. Comme ultime ressource, avant d'épuiser les dernières cartouches, faites deux ou trois badigeonnages de la base de la langue avec un pinceau imbibé d'un centimètre cube de solution de cocaïne à 1/20. Si vous échouez enfin, remettez l'examen à une séance ultérieure ;

4° Des *mucosités* ou plutôt des *bulles d'air* interposées entre le voile et le pharynx, gênent l'exploration visuelle. Retirez le miroir et recommandez au malade d'avaler plusieurs fois à vide ;

5° Parfois, le *voile est collé* contre la paroi postérieure du pharynx : il est impossible d'insinuer le miroir. C'est que le sujet fait un trop grand effort pour ouvrir la bouche et de trop fortes

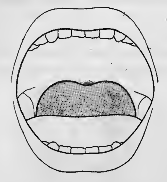


Fig. 249. — Difficulté de la rhinoscopie postérieure.

Contraction du voile du palais qui est accolé à la paroi postérieure du pharynx.

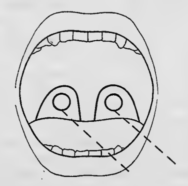


Fig. 250. — Difficulté de la rhinoscopie postérieure.

Luette trop longue. On y remédie en plaçant le miroir successivement à gauche et à droite.

inspirations ; priez-le de respirer tranquillement, sans effort, au besoin de faire une ou deux aspirations d'air par les fosses nasales.

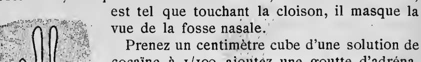
6° La luette est-elle trop *longue* et gêne-t-elle l'introduction du miroir ? Insinuez ce dernier entre elle et les piliers, de chaque côté, vous aurez deux images alternatives du rhino-pharynx ;

7° Chez les ***enfants***, énormément de patience et de diplomatie.

Faites l'examen sur vous-même, sur un de ses parents. Et sachez, pour vous rassurer, que maintes fois, — comme beaucoup de laryngologistes du reste, — vous échouerez.

III. — *EXPLORATION DU NEZ A LA COCAÏNE ET A L'ADRÉNALINE*

C'est le complément obligé de toute rhinoscopie antérieure ou postérieure, lorsque le volume des cornets, surtout de l'inférieur, est tel que touchant la cloison, il masque la vue de la fosse nasale.



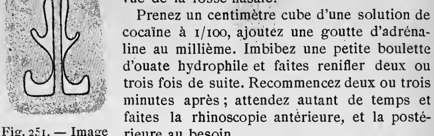
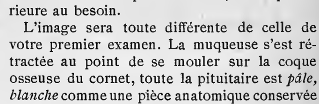


Fig. 251. — Image rhinoscopique.

L'exploration visuelle est impossible en raison du volume des cornets inférieurs qui sont au contact de la cloison.

Prenez un centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1/100, ajoutez une goutte d'adrénaline au millième. Imbibez une petite boulette d'ouate hydrophile et faites renifler deux ou trois fois de suite. Recommencez deux ou trois minutes après ; attendez autant de temps et faites la rhinoscopie antérieure, et la postérieure au besoin.



L'image sera toute différente de celle de votre premier examen. La muqueuse s'est rétractée au point de se mouler sur la coque osseuse du cornet, toute la pituitaire est *pâle, blanche* comme une pièce anatomique conservée dans l'alcool, et vous distinguerez des détails qui vous auraient échappé et qu'un autre médecin plus averti, eût découvert ! En particulier, vous pourrez apercevoir du *pus* dans les méats moyens, qui vous mettra immédiatement sur la piste d'une sinusite. N'oubliez donc jamais ce procédé quand un malade se plaint de moucher du pus, dont vous n'apercevez pas trace dans le nez, et qu'il accuse concomittamment

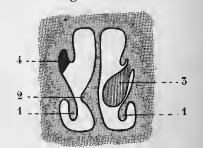


Fig. 252. — Image rhinoscopique après application de cocaïne et d'adrénaline.

Des détails apparaissent qui ne pouvaient même pas être soupçonnés. Ainsi, après la rétraction de la muqueuse, on voit la *cloison* présenter un épaississement angulaire à droite (2), tandis qu'à gauche elle est concave.

Les *cornets* (1) *sont rétractés*, amincis, pâles, au lieu d'être gonflés et rouges comme dans la fig. 251 : la pâleur est due à l'ischémie.

On voit du *pus* (4) dans le méat moyen droit, un *polype* (3) dans le méat moyen gauche.

Toutes ces lésions eussent été méconnues sans l'application de l'adrénaline.

des douleurs frontales ou maxillaires, ou de la céphalée. Cette solution est à la fois, légèrement anesthésique et puissamment vaso-constrictive. (Au trente, et même au quarante millième, l'adrénaline agit.)

EXPLORATION AU STYLET

Êtes-vous *familiarisé* avec la rhinologie; ce *toucher* intranasal vous fournira d'utiles renseignements en permettant de percevoir un os dénudé au niveau d'une ulcération, de différencier un polype muqueux (pâle et mou), d'avec un cornet (rouge et dur), etc.

Pour cela, prenez un stylet de trousse, boutonné, entre le pouce et l'index, délicatement, et de l'extrême pointe faites un toucher ou plutôt un attouchement.

IV. — *TOUCHER NASO-PHARYNGIEN*

C'est l'exploration de l'arrière-nez et du cavum, avec le doigt. Quand faut-il le pratiquer? Comment? Quand faut-il l'éviter? Trois points que le praticien doit bien connaître.

I. — QUAND FAUT-IL FAIRE LE TOUCHER?

En principe, chaque fois que l'exploration du cavum avec le miroir pharyngien est impossible, donc surtout ***chez les enfants.*** Les indications sont nombreuses, car le naso-pharynx joue le plus grand rôle dans la pathologie infantile. Aussi, toutes les fois qu'un enfant présentera un « *nez suspect* » au point de vue respiratoire, infection, auriculaire, etc., n'hésitez pas à insinuer le doigt dans l'arrière-nez, et souvent vous aurez à le faire suivre de l'emploi du menthol ou de quelques coups de curette.

II. — TECHNIQUE

Elle est expliquée par la figure 253.

III. — IL FAUT ÉVITER DE PRATIQUER LE TOUCHER

a — Quand il y a rhinite, amygdalite et ***infection*** du rhinopharynx. Vous risqueriez, en traumatisant « à chaud » cette région, de provoquer une infection de voisinage, en particulier une otite suppurée. Attendez donc que l'enfant soit « à froid », c'est une règle capitale.

b — Avec **brusquerie** et avec un ongle long, en bec d'oiseau, non taillé, pour ne pas provoquer une hémorragie, peu grave à

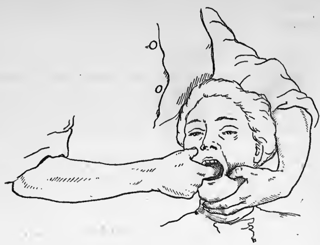


Fig. 253. — Toucher naso-pharyngien.

L'enfant est assis, les mains tenues par un aide ou par les parents, placés au-devant de lui. S'il est petit, indocile, frétille et glisse sous la chaise, un aide placera l'enfant entre ses jambes et lui maintiendra les mains (voir fig. 16).

Le *médecin*, debout à droite de l'enfant, lui appliquera la tête contre sa poitrine pour l'immobiliser. Du pouce gauche, il déprime la joue du petit malade entre les arcades dentaires, de façon à éviter toute morsure. Puis, rapidement il introduit l'index de la main droite, préalablement stérilisé, dans la bouche, en arrière de la luette, et explore toutes les parois du naso-pharynx. Exécuter la manœuvre avec prestesse, comme par surprise.

la vérité, mais qui impressionne très désagréablement l'entourage.

Chez le nourrisson, ne faites jamais de toucher. Si le nez est bouché, au point de gêner la respiration, un rhinologiste seul peut apprécier la cause de l'obstruction.

V. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES MALADIES DU NEZ

Au point de vue thérapeutique, il importe au praticien, non pas tant de savoir cautériser un cornet, enlever des polypes, que de bien connaître les indications et la technique des procédés thérapeutiques les plus usuels : le nettoyage du nez par exemple, l'application de certains médicaments, etc.

1° NETTOYAGE DES FOSSES NASALES

On le réalise avec des liquides tièdes, aseptiques, c'est-à-dire bouillis. Deux procédés :

1° le *bain nasal*, qui consiste à introduire dans le nez, sans pression, et à l'y maintenir un certain temps, une faible quantité de liquide.

2° le *lavage du nez* ou douche nasale.

A. — *BAIN NASAL*

Indications.

Il doit être prescrit dans le but de modifier la muqueuse du nez dans certaines rhinites congestives légères, catarrhales, enchifrènement, etc. Cette balnéation chaude *décongestionne* souvent admirablement la pituitaire.

Il se pratique avec une **pipette**, *matin* et *soir*, alternativement



Fig. 254.
Pipette.



Fig. 255. — **Technique du bain nasal.**

Remplir un verre de solution *chaude* de sérum artificiel (chlorure de sodium à 7,5 pour 1000) ou du médicament prescrit. Remplir la pipette, obturer avec le doigt l'extrémité opposée à l'embout nasal. Mettre celui-ci dans une narine. Renverser la tête en arrière et régler l'écoulement du liquide en soulevant l'index.

Le malade respirera tranquillement par la bouche et le liquide restera dans le nez, sans descendre dans la gorge, grâce à la contraction réflexe du voile. Rester ainsi une demi-minute.

Incliner ensuite la tête en avant : le liquide s'écoule. Recommencer la manœuvre jusqu'à ce que le contenu du verre soit épuisé.

par chaque narine. Ne jamais employer un liquide froid, mais un liquide chaud, dont la température variera entre 37° et 42°.

On prescrit, des **solutions alcalines**, détersives.

Borate de soude . . . . . 6 cuillers à café par litre d'eau.

ou

Bicarbonate de soude. . . 4 — — —

L'eau utilisée sera toujours du sérum artificiel, c'est-à-dire 7gr,50 de sel marin dissous dans un litre d'eau.

Ne jamais recommander d'antiseptiques, qui irritent l'épithélium de la pituitaire. Toutefois, dans les suppurations nasales abondantes, dans les coryzas septiques, on peut prescrire l'eau oxygénée boriquée à 12 volumes (une cuiller à café par verre d'eau salée).

B. — *LAVAGE DU NEZ*

« Je fais des lavages du nez avec de l'eau boriquée. »

Quel est le médecin qui n'a jamais entendu cette phrase stéréotypée [1]?

Que le patient ait le nez bouché ou libre, sec ou humide, il lui faut son irrigation quotidienne : c'est sa panacée nasale; bien plus, il la considère comme une mesure hygiénique, antiseptique, et, — par mesure de propreté, — il lave son nez tous les matins, comme le visage.

Tantôt, il aspire l'eau de la cuvette dans le creux de la main; quelquefois, c'est l'irrigateur qui prête son office, à moins que ce ne soit la seringue urétrale, à tous les organes nobles destinée.

C'est quelquefois le médecin qui le lui a conseillé, plus souvent un ami, vieil abonné des lavages du nez.

Il importe donc au praticien, avant de prescrire un lavage, de connaître : 1° son opportunité, 2° ses contre-indications, 3° sa technique.

1° *Quand faut-il recommander le lavage du nez?*

« Lavez les nez sales ». Voilà la formule simpliste quoique triviale qui doit être retenue. Il est absurde de conseiller le nettoyage d'une cavité qui réalise son auto-asepsie. La nature a pourvu, en effet, le vestibule du nez d'un revêtement cutané muni de vibrisses qui arrêtent toutes les poussières, fumées et particules septiques. Pénétreraient-elles dans l'endo-nez que le mucus, sécrété par la pituitaire, les dissout et les expulse au dehors. La physiologie du nez suffit donc à sa défense; point n'est besoin de recourir à des procédés artificiels.

Expliquez donc au malade ces notions élémentaires, dites-lui que s'il nettoie chaque jour ses paupières, il n'a jamais songé à laisser tomber la moindre goutte d'eau dans l'œil.

De même, doit-il en être pour le nez; le nez normal n'aime pas l'eau, fût-elle aseptique, bouillie ou antiseptique. L'eau pure

[1] *La Clinique*, 1906.

altère l'épithélium de la muqueuse ; les solutions antiseptiques le détruisent et provoquent des troubles de l'odorat, l'anosmie.

Donc, le nez doit être lavé seulement quand il est malpropre et dans certains cas : 1° lorsqu'il existe un **corps étranger** ; 2° quand les fosses nasales sont remplies de croûtes (**ozène**), ou de **mucosités purulentes.**

Dans le premier cas, l'irrigation aura une action curatrice, le lavage devra être fait par la narine saine, de façon à ce que le jet revienne en quelque sorte par un choc en retour, à travers la fosse nasale oblitérée, et expulse le corps étranger par voie rétrograde, c'est-à-dire d'arrière en avant.

Dans l'ozène, le lavage a pour but d'évacuer mécaniquement le nez des croûtes et des mucosités fétides qui tapissent ses parois, et de supprimer momentanément l'odeur caractéristique de la punaisie.

2° ***Quand faut-il le proscrire*** ?

Proscrivez toujours le lavage dans toutes **les inflammations nasales aiguës**, afin d'éviter l'infection des organes para-nasaux : oreilles et sinus de la face et dans tous les cas d'**obstruction** : rhinite hypertrophique, polypes, où l'irritation rencontrerait un obstacle.

3° ***Comment le praticien formulera-t-il ce lavage*** ?

Donner l'explication orale au malade est parfait, répéter la manœuvre devant lui est encore bien, mais écrire dans tous ses détails la technique est encore le meilleur procédé qui le fixera dans son intellect.

Rédigez donc l'ordonnance suivante :

1° *Matin et soir, suivant le cas, faire un lavage du nez.*

2° *Comme appareil, un bock à injection en tôle émaillée, placé à cinquante centimètres environ au-dessus de la tête.*

Adaptez à l'extrémité du tube de caoutchouc une olive en verre ou en ébonite, ou même simplement une canule vaginale en verre, à un seul orifice, du volume du pouce environ.

3° *Remplir le bock avec un litre d'eau bouillie, tiède, additionnée d'une cuillerée à café et demi de sel marin (solution de sérum artificiel.*

Vous pourrez employer des solutions *alcalines* :

Borate de soude. . . . . 100 grammes.

une cuiller à soupe par litre d'eau ;

ou des solutions *sulfureuses* :

Monosulfure de sodium.	10 grammes.
Eau bouillie	200 —

une cuiller à café par litre d'eau.

4° *S'asseoir devant la table de toilette, la tête au-dessus d'une*

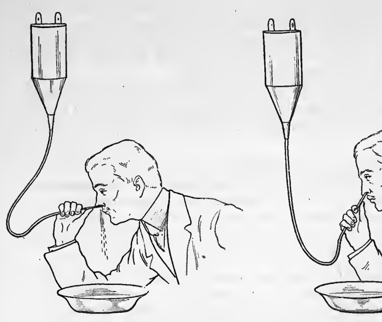


Fig. 256. — Lavage du nez.

Bonne position de la canule qui doit être dirigée transversalement d'avant en arrière. De la sorte, absence de céphalée et issue du liquide par la narine opposée.

Fig. 257. — Lavage du nez.

Mauvaise direction de la canule qui est introduite de bas en haut, le jet du liquide frappant la région ethmoïdale détermine une violente céphalée.

cuvette, introduire alors l'extrémité de la canule dans une narine, de façon à l'obturer complètement.

La canule devra être dirigée horizontalement d'avant en arrière dans la même direction que celle de la bouche, et non pas verticalement de bas en haut, dans la direction de l'œil.

La canule sera tenue de la main droite, tandis que la gauche fera fonctionner l'appareil en pressant le tube de caoutchouc.

L'eau pénètrera alors dans une narine et s'écoulera par la fosse nasale opposée.

5° *Pendant toute la durée du lavage, respirer tranquillement, la bouche ouverte, sans déglutir et sans parler. Presser de temps en temps sur le tube pour suspendre l'écoulement de l'eau et se reposer quelques instants.*

6° *Le lavage terminé, expulser l'eau qui reste dans le nez, en soufflant alternativement par chaque narine, l'autre étant bouchée avec le doigt.*

7° *Dans le cas de rhume de cerveau ou de mal de gorge, ne faire aucune irrigation.*

8° *Si, au cours de la douche, survient une douleur d'oreille due à la pénétration de l'eau, interrompre l'irrigation et avaler la salive quatre ou cinq fois de suite, la bouche étant fermée et le nez pincé avec les doigts.*

Cette consultation écrite étant terminée, vous pouvez en faire le commentaire oral au malade.

Le lavage doit être fait matin et soir *régulièrement*, sous peine d'en perdre les bénéfices. Ce point a de l'importance surtout dans l'ozène. L'odeur diurne, en effet, gêne toute relation sociale, le malade laissant, en quelque sorte, la signature de son passage partout où il fréquente, on le suit à la trace; quant à l'odeur nocturne.....

La solution à employer sera : *abondante* (un litre ou deux, au besoin), afin d'obtenir un meilleur effet mécanique; *tiède*, l'eau froide étant mal tolérée par la pituitaire.

Comme *médicament*, prescrivez des solutions alcalines qui ont l'avantage de bien dissoudre les mucosités et de ne pas altérer la muqueuse; évitez bien surtout tout antiseptique qui détruirait l'épithélium.

Recommandez d'*introduire l'olive horizontalement*, et non pas verticalement, car alors, le jet venant se briser dans la région olfactive, détermine une violente céphalée et fait prendre le lavage en horreur au malade.

Lorsque la douche est terminée, le sujet ne doit pas se moucher en pressant les deux narines simultanément, sous peine de faire refluer de l'eau dans l'oreille et de l'infecter, mais il soufflera par chaque narine alternativement, en comprimant l'autre avec le doigt.

Toute irrigation doit être *proscrite* pendant le cours d'un coryza aigu, afin d'éviter l'infection de l'oreille. Pour ma part, j'ai eu à enregistrer nombre d'otites consécutives à des lavages du nez et plusieurs mastoïdites. Évitons donc au malade le désa-

grément de lui introduire de l'eau dans le nez et de la voir ressortir à l'état de pus par l'apophyse mastoïde.

2° APPLICATION DE CERTAINS MÉDICAMENTS

Dans la pratique courante et journalière, il est inutile de savoir pratiquer : un badigeonnage du nez avec un topique, une anesthésie soigneuse, une cautérisation, car la technique est délicate, du ressort des rhinologistes, et les indications en sont très spéciales; de même pour l'insufflation de poudres, qui peuvent être irritantes et à la longue déterminer l'anosmie.

Vous prescrirez : *a*) des *pulvérisations de liquides*; *b*) des *inhalations*; *c*) l'application de *pommades*.

A. — *PULVÉRISATION DE LIQUIDES*

Indications. — Modification de la muqueuse du nez (sécrétions, catarrhe, congestion, queues de coryzas, coryzas chroniques, enchifrènement), au moyen d'une nappe liquide qui formera une sorte de buée, de vernis sur toute la surface de la pituitaire.

Technique. — Voy. fig. 258.



Fig. 258. — Appareil et technique de la pulvérisation nasale.

Pulvérisateur à huile de Cousteau.

C'est un appareil en verre stérilisable, avec embout mobile, de nettoyage facile.

Prescrire des solutions *aqueuses* (sérum artificiel = 100 gr.; cocaïne = 1 gr.), dans le but de calmer l'obstruction du nez dans les coryzas intenses; ou des solutions *huileuses* (eucalyptolées, camphrées, goménolées, à 1 pour 200) dans de l'huile de vaseline.

Faire 2 ou 3 pulvérisations quotidiennes.

B. — *INHALATIONS*

Indications. — Décongestion de la muqueuse par des vapeurs chaudes et médicamenteuses qui pénétreront dans toutes les anfractuosités du nez. En particulier, dans les coryzas aigus et dans les sinusites de la face.

Les inhalations de vapeurs volatiles constituent le seul traitement actif des sinusites maxillaires et frontales, au début.

Technique. — Voir fig. 259.

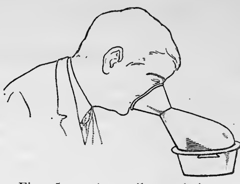


Fig. 259. — Appareil et technique de l'inhalation.

Comme appareil : un *bol* recouvert d'un entonnoir en carton coupé à son extrémité ou mieux un *inhalateur* : celui de Nicolaï ou de Moura.

Remplir le récipient d'eau très chaude. Ajoutez une cuillerée à café du médicament qui convient :

	Teinture de benjoin.	ãã 60 gr.
	Teinture d'eucalyptus.	
	Essence de pin sylvestre.	2 gr.
ou		
	Alcool à 90°.	100 gr.
	Menthol.	4 gr.

Recommander au malade de respirer la vapeur pendant cinq minutes, par le nez, la bouche fermée, et d'éviter le froid pendant le quart d'heure qui suit.

3 ou 6 inhalations quotidiennes selon les cas.

C. — *POMMADES*

Avantages. — Elles agissent en détergeant la muqueuse, en décol-



Fig. 260. — Application de pommade dans le nez.

Prescrire une des formules classiques suivantes :

	Camphre.	0.20 centigr.
ou	Menthol.	
ou	Eucalyptol. . . .	
	Acide borique. .	4 gr.
	Vaseline pure . .	20 gr.

Avec l'extrémité du manche d'une petite cuiller, mettre gros comme un pois de cette pommade à l'orifice d'une narine. Obturez l'autre, puis tirant la joue et l'aile du nez avec l'index, reniflez fortement. Même manœuvre pour la seconde narine. Il est préférable de prescrire cette vaseline boriquée, camphrée ou eucalyptolée, dans un tube d'étain.

lant les croûtes et les mucosités ; elles excitent la sécrétion de la pituitaire. Leur action sur la muqueuse s'exerce d'une façon prolongée.

Technique. — Voir fig. 260.

VI. — RHINOLOGIE CLINIQUE

Les maladies des *narines* et celles des *fosses nasales* méritent une description à part, parce que bien distinctes.

Les affections des narines ont une individualité spéciale, en raison de la structure anatomique du vestibule du nez. Ce sont en effet des dermatoses, puisque la peau s'invagine pour tapisser l'intérieur des narines. C'est une peau *pileuse*. Vous rencontrerez donc, outre l'*eczéma*, la *folliculite vestibulaire* et le *sycosis*, des *furoncles*, et aussi des *fissures*, comme à tous les orifices du corps. Et vous aurez maille à partir avec toutes ces affections cutanées, essentiellement rebelles, qui se propagent souvent à la moustache.

MALADIES DES NARINES

IMPÉTIGO DES NARINES. — Il est fréquent chez l'enfant, est consécutif à une rhinite chronique, à des végétations. Il se traduit par un écoulement nasal muco-purulent, par des croûtes narinaires et une irritation chronique avec lymphangite de la lèvre.

Traitement. — Soigner l'état général souvent lymphatique. Localement : enlever les végétations, irrigations du nez avec du sérum physiologique, application dans le vestibule et sur la lèvre, pendant la nuit, de cette pommade :

Ichthyol	1 gramme.
Vaseline	20 —

ou

Calomel à la vapeur	0,20 centigrammes.
Vaseline	25 grammes.

RHINITE VESTIBULAIRE. — Cette infection tégumentaire endonarinaire est caractérisée par la présence de croûtes, fréquemment elle est consécutive à une affection des voies lacrymales ou à une rhinite chronique, et entretenue par les doigts des malades. Souvent éclate une véritable *folliculite*, une éclosion de pustules à la base des vibrisses, c'est-à-dire des poils des narines. Et parfois cette folliculite aboutit à la formation d'un *furoncle* du nez;

infection staphylococcique extrêmement douloureuse, car elle se développe dans un tissu dermique très dense. Un autre inconvénient de ces rhinites vestibulaires est la formation de *fissures* au niveau des bords libres des narines, très douloureuses et d'une durée indéfinie. Mais la principale et la plus désagréable complication de ces affections cutanées est le *sycosis de la moustache*, qui est toujours lié à la présence d'une hydrorrhée, de la « goutte au nez », d'un « rhume de cerveau chronique ».

Le traitement de ces dermites est en général très long. L'oculiste soignera la blépharite, la maladie des voies lacrymales qui en est souvent la cause. Contre la rhinite, prescrire des bains de nez avec le sérum physiologique chaud. Traiter l'hypertrophie des cornets, les crêtes de la cloison, l'hydrorrhée, comme il sera indiqué plus loin. Interdire tout grattage digital.

Localement, application pendant la nuit de cette pommade :

Ichthyol . . . . Bioxyde jaune de mercure.	} 0,50 centigrammes.
Vaseline	20 grammes.

employer la lotion soufrée :

Soufre précipité.	5 grammes.
Alcool à 90°.	10 —
Eau.	30 —

des pommades soufrées :

Soufre précipité.	2 grammes.
Vaseline.	20 —

Des badigeonnages quotidiens avec une solution de nitrate d'argent à 1/20 seront indiqués dans les affections squameuses, non purulentes.

Dans la folliculite suppurée, il faudra ouvrir chaque pustule avec un instrument piquant aseptique, et toucher la base du poil, soit avec de l'alcool à 90°, soit avec un pinceau d'ouate imbibé d'eau d'Alibour :

Eau distillée, filtrée	100 grammes.
Sulfate de cuivre	1 —
Sulfate de zinc.	3 —
Camphre.	0,50 centigrammes.
Safran en poudre.	0,20 —

M., agitez, laissez reposer 24 heures. Décantez.

Le sycosis sera soigné par les procédés dermatologiques : ap-

plication de topique, épilation au besoin, rayons X, mais le traitement de la rhinite sera institué en premier lieu.

ASPIRATION DES AILES DU NEZ

Normalement les narines sont béantes. Cette béance est permanente, s'exagère même dans les fortes inspirations; elle est due à la structure musculo-cartilagineuse des ailes du nez, qui forme un appareil suspenseur, dilatateur en quelque sorte.

Chez certains sujets, le nez est aminci, les narines sont très



Fig. 261. — Béance des narines à l'état normal pendant la respiration calme.

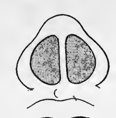


Fig. 262. — Béance des narines pendant l'aspiration, elles s'écartent.



Fig. 263. Atrésie des narines.

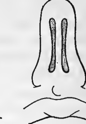


Fig. 264. Aspiration des ailes du nez. Pendant l'inspiration, au lieu de s'écarter, elles se collent à la cloison.

étroites, et il se produit ce phénomène physiologique paradoxal, que dans l'inspiration, les ailes, au lieu de se dilater, se contractent, se rapprochent, se collent » à la cloison. C'est un **type respiratoire inverse** en quelque sorte; il en résulte une gêne respiratoire, marquée surtout dans l'effort.

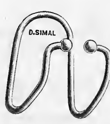


Fig. 265. — Dilatateur des narines de Feldbauch.

Vous observerez cette anomalie chez les individus qui ont toujours mal respiré, dont le nez a été obstrué par des végétations, par des déviations de la cloison. Il en est résulté une atrophie de leur système musculo-cartilagineux.



Fig. 266. — Dilatation avec l'appareil précédent.

Un seul procédé thérapeutique, en pareil cas : la dilatation des ailes du nez au moyen d'appareils spéciaux.

CORYZA AIGU

Quelques recommandations thérapeutiques, simplement, au sujet de cette affection si commune, si récidivante et dont le traitement curateur, spécifique, reste encore à trouver.

La symptomatologie est trop banale pour mériter d'être décrite.

A. — *CE QUE LE PRATICIEN NE DOIT PAS IGNORER*

C'est d'abord, le passage du coryza à la *chronicité* ; aussi ne pas se contenter de répéter à celui qui éternue la formule antique : « Dieu soit avec vous ». « Zeu sôson », disaient les Grecs, « Salve » disaient les Romains.

C'est la série des *complications* de voisinage, plus ou moins graves, des rhinites aiguës, sinusites frontale et maxillaire, otite.

Enfin, chez l'enfant la répétition des coryzas, n'est bien souvent que l'expression d'une adénoïdite, c'est-à-dire l'inflammation aiguë de *végétations adénoïdes.*

B. — *TRAITEMENT PENDANT LE CORYZA*

Le traitement *abortif* n'est pas encore connu.

Chaque malade a une recette qui lui réussit, gardez-vous bien de la modifier. L'un respire de l'acide phénique, l'autre de l'ammoniaque, celui-ci de la cocaïne ou du menthol, celui-là prend de l'aconit ou se drogue, un autre se met au lit et se fait suer....

Respectez ces thérapeutiques, mais toutefois si le malade incommodé par la récidive des coryzas, vous consulte : prenez un speculum nasi et peut-être découvrirez-vous un polype muqueux, une queue de cornet, une crête de la cloison, bref, une lésion qui explique ces retours offensifs.

Le *traitement palliatif* vous réservera un peu plus de satisfaction. Il sera, toutefois, purement symptomatique.

Contre l'***obstruction*** du nez, vous prescrirez : l'aspiration par les narines, sur un tampon de ouate hydrophile, ou mieux encore, la pulvérisation au moyen d'un petit pulvérisateur de toilette, de quelques gouttes de la *solution* suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	25 centigrammes.
Solution de sérum physiologique (chlorure de sodium à 7,5 ‰. . .	50 grammes.

Renifler toutes les heures, toutes les 3 heures, bref autant de

fois que le nez est totalement obstrué, principalement avant les repas. A cette dose, la cocaïne n'est pas toxique, le flacon peut être épuisé en trois jours.

Contre l'***enchifrènement*** simple, une des nombreuses *pommades* au menthol, à l'eucalyptol, au camphre, etc. Prescrivez-les, à dose faible, c'est-à-dire à 1/150, associées à un peu de cocaïne; de la sorte, pas d'irritation surajoutée et action décongestionnante et analgésique.

Eucalyptol	10 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne.	15 —
Vaseline pure.	15 grammes.

Renifler gros comme un pois par chaque narine, cinq ou six fois par jour. Cesser, si l'irritation du nez augmente.

La *pulvérisation* des mêmes agents médicamenteux, aux mêmes doses, en solution dans l'huile de vaseline, trouve ici sa place. Vous prescrirez un pulvérisateur nasal à huile, les petits pulvérisateurs de toilette présentant un tube capillaire trop mince pour le passage de l'huile.

Les *poudres* sont en général peu actives.

Les *bains de nez* (page 179) plusieurs fois répétés dans la journée, avec une solution de sérum physiologique bien chaude, excellent à désobstruer des fosses nasales bien engorgées. La quantité de liquide à employer chaque fois sera le contenu d'un verre à bordeaux environ.

Pas d'eau pure surtout, même bouillie, car elle n'est pas isotonique et peut altérer l'épithélium de la pituitaire.

Les *inhalations* chaudes (page 185) avec une solution d'alcool mentholé faible, à 2 pour 100 (une cuiller à café dans l'eau de l'inhalateur), ou

Essence de pin sylvestre	2 grammes.
Teinture de benjoin.	ãã 60 grammes.
Teinture d'eucalyptus	

(une cuiller à café dans l'eau de l'inhalation) défluxionnent bien la pituitaire. Bien insister auprès du malade sur la technique.

Contre l'***hydrorrhée***, prendre de 2 à 4 fois par jour, un des granules suivants :

Sulfate d'atropine	1/10[e] de milligramme.

pour un granule, faire 10 semblables.

La **céphalée** sera combattue par les calmants habituels : aspirine, pyramidon, antipyrine; — quinine.

La *courbature*, les *symptômes généraux* exigeront un repos relatif et une thérapeutique adéquate. Sudations abondantes, diète légère, boissons chaudes..., les pantoufles ; voilà ce que le malade trouve comme meilleur adoucissant.

C. — *TRAITEMENT EN DEHORS DES CORYZAS*

Quand le coryza aigu récidive fréquemment, même sans symptômes nasaux dans les périodes intercalaires, il faut quand le malade sera « à froid », pratiquer la *rhinoscopie*, qui pourra montrer une *lésion* des fosses nasales, cause des récidives. Et parfois, en dépistant des polypes muqueux, une crête de la cloison, une rhinite hypertrophique, etc., vous appliquerez le fameux *sublata causa....*

S'il n'y a pas de lésions, le malade vous dira qu'il est délicat, très sensible au froid, arthritique. Donnez-lui alors des conseils, dont certains peuvent lui paraître ridicules. Entrez dans les moindres détails de l'habillement : port de flanelle, vêtements chauds, foulards, chaussettes de laine, une calotte en cas de calvitie; qu'il évite le froid aux pieds en utilisant des bouillottes.

Et vous lui recommanderez enfin de prendre, chaque matin, bien régulièrement, un bain de nez avec un verre de solution de sérum physiologique chaude.

Ce qu'il faut éviter dans le coryza aigu.

De prescrire des **lavages du nez**, car l'eau pénétrant avec pression dans les fosses nasales, peut entraîner les mucosités septiques dans la trompe, infecter l'oreille moyenne et provoquer une *otite aiguë*.

De formuler des **solutions d'adrénaline**. L'action vaso-constrictive de ce médicament est parfaite en soi, mais est suivie à bref délai d'une vaso-dilatation, pire que l'obstruction primitive. Réservez cet agent thérapeutique, et à faible dose, pour l'exploration du nez et les opérations.

Le **mouchage trop violent**, pour ne pas infecter les sinus et surtout l'oreille.

CORYZA AIGU DES NOUVEAU-NÉS

Il entrave la respiration du nouveau-né, l'empêche de téter et trouble son alimentation.

Le médecin *évitera* : l'écouvillonnage du nez avec de petits pinceaux d'ouate, qui traumatisent; le lavage, nocif pour l'oreille et qui peut provoquer le spasme glottique; l'instillation d'eau même bouillie.

Le traitement comporte :

1° l'**aspiration des mucosités du nez**, avant chaque tétée, au moyen d'une poire en caoutchouc;

2° l'instillation d'**eau oxygénée** boratée, coupée par moitié d'eau bouillie, si les mucosités sont purulentes; elle provoque un éternuement réflexe et l'expulsion de « chandelles », qui désobstruent le nez;

3° l'instillation d'*huile de vaseline*, d'*adrénaline* à faibles doses

Chlorhydrate d'adrénaline au millième. .	1 gramme.
Solution de sérum artificiel.	30 —

à verser 1 à 2 gouttes dans chaque narine, quelques minutes avant les tétées;

4° l'instillation d'huile de vaseline, camphrée ou eucalyptolée, faible, à 1 pour 150 ou à 1 pour 200.

Ces instillations se feront, soit avec une seringue de Pravaz munie d'un petit embout en caoutchouc, soit avec une cuiller à café, simplement.

CORYZA CHRONIQUE

I. — *QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR CORYZA CHRONIQUE?*

Le vulgaire définit ***coryza chronique*** tout nez *bouché*, qui *coule* ou qui *renifle*. Définition vraie en soi, mais qui mérite d'être interprétée pour ne pas commettre une erreur d'aiguillage thérapeutique (1).

Rappelez-vous la structure de la pituitaire : un tissu érectile

(1) *La Clinique.*

formé de sinus vasculaires, qui tantôt se gorge de sang et obstrue le nez, tantôt se dégonfle et se rétracte.

En somme, les cornets sont de véritables corps caverneux, qui passent de la flaccidité à l'état d'érection avec une facilité surprenante. Cette érection est malheureusement permanente chez certains sujets, qui font du « priapisme nasal ».

Toutes les lésions du coryza chronique reposent sur cette base.

Supposez une **irritation de la muqueuse** du nez, de *cause locale*, provoquée par des coryzas aigus répétés, par des sinusites; par des poussières, des fumées ou des vapeurs dans certaines professions, par le tabac; par des végétations adénoïdes; par une cloison du nez déviée; ou, au contraire, une **congestion,** une *hypérémie* de la pituitaire, d'ordre réflexe, par stase sanguine, telle qu'on l'observe dans les affections viscérales (tube digestif, constipation habituelle; maladies du cœur, des reins, etc.), dans l'arthritisme : voici, dans leur ordre chronologique, toutes les réactions pathologiques qui vont se produire.

Dans une première phase, la muqueuse irritée ou infectée s'hypérémie, se congestionne (***rhinite congestive simple***); dans une seconde phase, une sécrétion catarrhale ou muco-purulente se produit, par suite de la persistance de cette irritation ou de cette infection (***rhinite catarrhale***). Dans un troisième stade enfin, la muqueuse reste tuméfiée à l'état chronique, s'hyperplasie : la ***rhinite hypertrophique*** est constituée.

Ainsi, trois phases dans le processus d'une rhinite chronique : *congestive* au début, *catarrhale* par la suite, *hypertrophique* en dernier lieu.

Bien souvent, dans la pratique, les deux premiers stades évoluent presque simultanément. Ne retrouvez-vous pas là, du reste, une analogie avec ce que vous observez dans les infections chroniques des muqueuses, en général? L'urétrite ne passera-t-elle pas par toute la gamme de ces lésions : hypérémie du canal d'abord, écoulement ensuite, et le fâcheux rétrécissement par la suite?

Voilà, un peu schématiquement et d'une façon rudimentaire, ce qu'il faut entendre par coryza chronique, au point de vue étiologique, pathogénique et anatomo-pathologique.

II. — *SYMPTOMES*

A. — Le *MALADE* vient consulter pour deux symptômes prédominants qui l'incommodent : l'obstruction du nez et l'écoulement.

1° L'***obstruction du nez***. — Elle tient en particulier au gonflement du cornet inférieur. Le tissu érectile de ce dernier, sous l'influence des nerfs vaso-moteurs, se gonfle ou se rétracte, en provoquant la perméabilité ou l'obstruction de la fosse nasale. Et cette action vaso-motrice est tout à fait capricieuse; voilà pourquoi le nez est tantôt perméable, tantôt bouché, sous l'influence du froid, de la chaleur, d'une émotion. Le malade se plaint d'avoir le nez obstrué des deux côtés, d'un seul parfois, alternativement d'un côté ou de l'autre (*rhinite à bascule*). Très fréquemment, l'obstruction est plus marquée la nuit que le jour, et plus accusée du côté où le malade se couche (influence de la déclivité ou de la pesanteur). Les variations atmosphériques retentissent sur cette congestion locale; par les temps secs et l'été, le sujet respire mieux que l'hiver et par l'humidité. Du reste, cette gêne est très variable et se modifie souvent plusieurs fois dans la même journée, d'un instant à l'autre, au cours même de l'examen rhinoscopique. Cette imperméabilité entraîne, à la longue, différents troubles de voisinage :

a) la **sécheresse de la gorge**. — La nuit, la respiration étant purement buccale, il en résulte des troubles du sommeil, une sécheresse bucco-pharyngée, le malade boit plusieurs fois dans la nuit, il a mauvaise bouche au réveil.

b) des sécrétions pharyngées, le matin. Le sujet fait des efforts violents pour se moucher, pour expectorer des mucosités descendues des fosses nasales pendant la nuit, desséchées et collées sur la paroi du pharynx.

c) le catarrhe descend bientôt dans le larynx, d'où *enrouement*, **expectoration**, « graillonnement ».

d) la région olfactive ne peut plus être impressionnée par les odeurs, en raison de la tuméfaction des cornets, d'où à la longue, des **troubles de l'odorat** et du goût.

e) l'aération de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne se fait mal; il en résulte du catarrhe tubaire et de la caisse, de la **surdité** et des bourdonnements.

2° Les ***sécrétions nasales*** varient de nature et d'aspect, selon le degré d'hypérémie ou d'infection de la pituitaire. Parfois, le malade salit chaque jour plusieurs mouchoirs d'un liquide séreux ou muco-purulent, visqueux et jaunâtre. Souvent les mucosités sont sanguinolentes, et les épistaxis légères sont dues aux violents efforts de mouchage pour désobstruer le nez. Lorsque celui-ci est « bloqué », les sécrétions tombent dans le pharynx et le malade

« mouche par la gorge » ; il fait de vains efforts pour les expulser, il renifle, souffle par le nez, racle de la gorge, tousse souvent à vide, et cette difficulté finit par devenir une véritable obsession.

3° Vous observerez enfin, et plus particulièrement chez les névropathes, divers accidents à distance, ce sont des ***réflexes** d'origine nasale* : tantôt des *accès* **d'éternuements**, des *quintes de* **toux**, de l'**asthme** surtout. N'oubliez donc jamais chez vos asthmatiques de faire une rhinoscopie.

En outre, l'irrigation veineuse encéphalique se fait mal par suite de l'obstruction du nez, et cette circulation défectueuse se traduit par des *migraines*, des *vertiges*, de la *céphalée* frontale.

B. — Le *MÉDECIN*, à l'*EXAMEN RHINOSCOPIQUE*, constatera :

1° S'il n'existe que de la *rhinite congestive*, une ***rougeur*** de la muqueuse avec gonflement des cornets, surtout de l'inférieur.

Prenez alors un fin *stylet* de trousse et touchez délicatement, en l'effleurant, la tête ou le corps de ce cornet : vous le verrez immédiatement se rétracter et se dégonfler sous vos yeux.

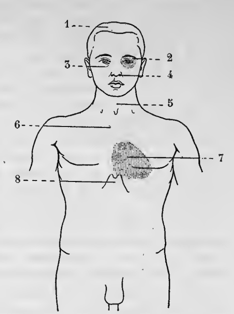


Fig. 267. — Réflexes d'origine nasale.

Il *faut* une *prédisposition*, en particulier un neuro-arthritisme très marqué.
Il ne faut pas tomber dans une exagération néfaste et rattacher au nez toutes les réactions pathologiques nerveuses.
Il faut savoir que *toute lésion du nez*, même minime, peut engendrer un réflexe à distance.
Le *diagnostic* se fait par l'attouchement avec le stylet de la zone hyperesthésique qui provoque le réflexe, et l'application de cocaïne qui le suspend.
Le *traitement* est local (suppression de la cause) et général (modification du terrain).
1. Vertiges, aprosexie (torpeur intellectuelle), céphalée. — 2. Troubles oculaires (larmoiement, troubles de la vision). — 3. Névralgies orbitaires et faciales. — 4. Éternuements paroxystiques, hydrorrhée, asthme des foins. — 5. Toux, spasme glottique. — 6. Asthme. — 7. Troubles cardiaques (palpitations, angoisse). — 8. Réflexe sternutatoire.

Faites ensuite un badigeonnage avec un pinceau d'ouate imbibé d'une solution faible de cocaïne à 1/100, par exemple : vous accentuerez cet effet vaso-

constricteur et le malade respirera à merveille. Il ne s'agit donc bien, dans ces cas, que d'une simple hypérémie, d'une congestion de la muqueuse.



Fig. 268. — Les cornets du nez.

En soulevant le lobule du nez, on aperçoit l'extrémité antérieure ou *tête* des cornets. Celui du côté droit est hypertrophié.



Fig. 269. — Rhinite chronique.

A droite : rhinite hypertrophique, le cornet ne se rétracte pas après l'attouchement au stylet. A gauche : rhinite congestive, le cornet s'est complètement rétracté, d'une façon réflexe, au contact du stylet.

2° Dans la *rhinite catarrhale*, à l'image rhinoscopique précédente, s'ajoutent des ***sécrétions*** abondantes, surtout au niveau du plancher du nez, partie déclive;

3° Dans la *rhinite hypertrophique*, l'aspect est tout à fait différent. Vous ne voyez plus une muqueuse rouge et lisse, mais un ***cornet inférieur blanc-grisâtre***, à surface irrégulière, grenue. Retenez bien cette coloration et cet aspect. En outre, l'attouchement avec le stylet ou la cocaïne ne déterminent plus la rétraction.

L'hypertrophie est parfois localisée à la tête du cornet inférieur, à son bord inférieur, mais beaucoup plus souvent en arrière. Aussi, faut-il pratiquer toujours et systématiquement la *rhinoscopie postérieure*, car elle vous montrera souvent de volumineuses **queues de cornet**, obstruant l'orifice postérieur des fosses nasales.

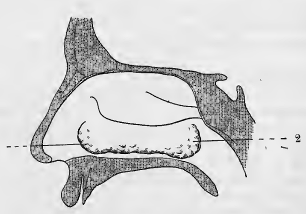


Fig. 270. — Rhinite hypertrophique.

1. Tête. — 2. Queue du cornet inférieur.

Ces dernières se présentent sous deux aspects différents, selon qu'elles sont *congestives*, c'est-à-dire récentes, ou *hypertrophiques*, de date plus ancienne. Dans le premier cas, ce sont une ou deux petites masses sphéri-

ques, rougeâtres, lisses, du volume d'une cerise. Les secondes

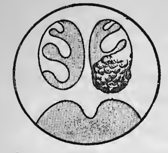


Fig. 271. — Queue du cornet inférieur.

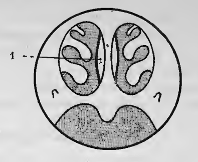


Fig. 272. — 1. Ailerons du vomer. On désigne ainsi l'hypertrophie de la muqueuse de la cloison nasale, au niveau du bord postérieur du vomer.

apparaissent sous forme de tuméfaction, du volume du pouce parfois, grisâtres, d'aspect grenu, framboisé.

C'est presque toujours le cornet inférieur qui est atteint.

III. — *TRAITEMENT*

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

1° C'est d'opposer au coryza chronique une indifférence, qui n'a d'égale que la durée de la maladie :

a) parce que le médecin peut toujours soulager, sinon guérir une semblable rhinite;

b) pour éviter la propagation, très fréquente, du catarrhe aux muqueuses du voisinage : oreille, pharynx, larynx.

2° De prescrire une thérapeutique irraisonnée, et de passer indistinctement de la poudre à la pommade, du lavage au gargarisme.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

1° un traitement local;
2° un traitement général, s'il y a lieu.

1° *TRAITEMENT LOCAL*

Vous conseillerez la *suppression de la cause* de la rhinite (végétations adénoïdes, déviation, éperon de la cloison).

Vous prescrirez une médication symptomatique, qui consistera :

à rétablir la perméabilité nasale dans la rhinite congestive;

à favoriser l'expulsion des sécrétions et à modifier la muqueuse dans la rhinite catarrhale;

à supprimer les épaississements de la muqueuse, par des cautérisations ou un traitement chirurgical, dans la rhinite hypertrophique.

Si ces traitements échouent, vous pourrez appliquer quelques topiques et, en cas d'échec, le rhinologiste interviendra.

a) ***Traitement appliqué par le malade.***

Il faut le faire respirer : respirant mieux, il pourra moucher. Cette double indication sera remplie :

1° Par des aspirations d'une *solution chaude de sérum physiologique* par les fosses nasales.

Tous les matins et tous les soirs, le malade reniflera un verre de cette solution, préparée en faisant dissoudre $7^{gr},50$ de sel marin dans un litre d'eau bouillie.

Cette solution isotonique n'altérera pas l'épithélium de la pituitaire et a une action décongestive très nette.

La remplacer, si elle est inefficace, par du borate de soude à 2 pour 100.

2° Par des aspirations de *pommades* ou des *pulvérisations* huileuses de substances modificatrices de la muqueuse; par exemple la vaseline, faiblement eucalyptolée ou camphrée et fortement boriquée, provoquera une sécrétion du mucus et favorisera l'expulsion des sécrétions :

Eucalyptol ou camphre	15 centigrammes.
Acide borique.	4 grammes.
Vaseline.	20 —

3° Si le catarrhe est rebelle, si surtout vous avez affaire à un enfant scrofuleux ou à un arthritique, prescrivez des *lavages sulfureux*, deux par jour :

Monosulfure de sodium	5 grammes.
Glycérine	75 —
Eau distillée.	25 —

Une cuillerée à café de ce mélange dans un litre de solution du sérum physiologique. Faire un lavage du nez avec un litre.

b) ***Traitement appliqué par le médecin.***

En cas d'échec, vous pouvez, pendant quinze jours à trois semaines, tenter les pansements suivants, tous les deux jours environ :

Après anesthésie légère de la fosse nasale, au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile imprégné de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au cinquantième, placé à l'orifice narinaire, et dont le contenu sera aspiré, badigeonner la muqueuse du nez (cornets, méats, cloison) avec un petit pinceau imbibé du mélange suivant :

Eucalyptol, camphre ou menthol. . . .	40 centigrammes.
Huile de vaseline	10 grammes.

ou encore :

Nitrate d'argent	20 centigrammes.
Eau distillée.	10 grammes.

Tâtez la susceptibilité de la muqueuse, et si les réactions sont trop violentes ou le résultat incertain, il sera peut-être utile de faire visiter par un spécialiste ce nez réfractaire.

c) ***Traitement fait par le rhinologiste.***

A moins que le praticien ne soit rompu aux moindres détails de

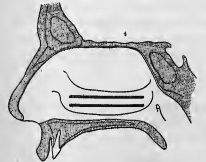


Fig. 273. — Cautérisation du nez.

Deux raies de feu au galvanocautère ont été faites parallèlement sur le cornet inférieur, depuis l'extrémité postérieure jusqu'à la partie antérieure.

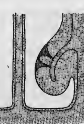


Fig. 274.

On voit, sur une coupe verticale et transversale des fosses nasales, les deux encoches faites par le cautère.

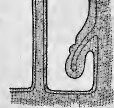


Fig. 275. — Résultat d'une cautérisation.

Grâce à la rétraction cicatricielle qui s'est faite sur le tissu mou du cornet, la perméabilité respiratoire a été augmentée.

technique et ne possède une instrumentation appropriée, l'inter-

vention du spécialiste est indiquée dans la rhinite hypertrophique.

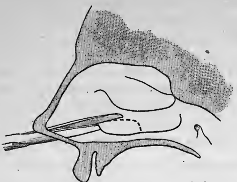


Fig. 276. — La turbinotomie ou section du cornet inférieur.

Il y aura lieu, en effet, selon les cas :

1° de faire des **cautérisations**, linéaires, galvaniques, sur toute la longueur du cornet hypertrophié et de pratiquer des raies de feu en série pour détruire le tissu hyperplasié;

2° d'appliquer un **traitement chirurgical**, en enlevant au serre-nœud les queues de cornet obstruantes et, à la pince, le tissu hypertrophié exubérant (fig. 276).

2° *TRAITEMENT GÉNÉRAL*

Le coryza chronique est lié à l'exercice de certaines professions qui prédisposent aux « rhumes. » Vous ne pourrez évidemment conseiller à un malade de changer sa situation, sous prétexte que la respiration des poussières, des fumées, l'expose à des coryzas fréquents. Mais, s'il pratique l'alcool et cultive le tabac, vous pourrez lui demander de rationner, sinon de supprimer, tous ces toxiques congestifs. Vous lui conseillerez, avant d'aller à l'usine, de renifler de la vaseline dans le nez, pour former un corps isolant protecteur; et ces prescriptions hygiéniques ne seront pas inutiles.

Tel brave ouvrier ne pourra certainement pas, « quand l'août sera venue », fréquenter les stations thermales. Mais, à la classe aisée, vous prescrirez un traitement hydro-minéral, très utile : le Mont-Dore, dans les rhinites congestives; les eaux sulfureuses (Cauterets, Challes, Luchon, Uriage); aux enfants lymphatiques, les eaux salines de Biarritz.

Traitez l'état général, la diathèse arthritique, conseillez l'exercice, la marche à ceux qui le peuvent, l'hydrothérapie chaude; évitez tout ce qui peut provoquer la congestion de la face, donc une hygiène alimentaire, l'absence de constriction du tube digestif, un corset moins serré (vous ne l'obtiendrez jamais, pas davantage que le port de vêtements à la Grecque) ! des bretelles à ceux qui

se serrent le ventre, la liberté de celui-ci, une alimentation moins généreuse; lavez le rein du goutteux.

Tous ces détails vous feront sourire et vous rappelleront la thérapeutique « à la Gruby »; essayez-la toutefois; elle vaut celle du macaroni pour l'entérite et elle vous donnera de grands succès.

Le médecin ne doit pas s'hypnotiser devant la lésion locale et la tourmenter par tous les produits de la pharmacopée, surtout par les « nouveautés » pharmaceutiques, il doit aussi traiter le terrain sur lequel elle évolue.

OZÈNE

Tout malade présentant une fétidité nasale n'est pas atteint d'ozène; un corps étranger du nez, un séquestre syphilitique ne constituent pas, malgré l'atroce odeur que le sujet dégage, un ozène vrai.

On désigne sous ce nom une véritable *cirrhose* atrophique généralisée à tout le système des cornets du nez et de la pituitaire. Il en résulte une béance exagérée de la lumière des fosses nasales, avec ralentissement du courant d'air respiratoire; par suite, stagnation des mucosités, formation de croûtes et fermentation, grâce à la présence d'un *bacille spécial.*

Il semble bien que l'affection soit *contagieuse,* mais non dans la généralité des cas.

I. — *SYMPTOMES*

L'affection se développe surtout chez les *fillettes*, elle est souvent *héréditaire.*

La ***fétidité de l'haleine*** est le principal symptôme qui incommode les malades et leur entourage. C'est une odeur atroce, repoussante, de punaise écrasée (***punaisie***), et due à l'accumulation des mucosités ou de croûtes dans le nez. Cette odeur est très accusée chez la femme à la période menstruelle.

Presque toujours, les malades ne sont pas gênés par ce trouble olfactif, en raison de l'anosmie dont ils sont atteints et qui résulte de l'atrophie de la muqueuse olfactive. Mais ils s'aperçoivent du vide que leur infirmité crée autour d'eux. Méfiez-vous, dans votre pratique, des enfants scrofuleux, au « nez croûteux » ,et dans la clientèle aisée des jeunes femmes élégantes aux mouchoirs

imprégnés d'essence hyperodorante, et qui viennent vous consulter pour un coryza chronique.

Ils mouchent des ***mucosités*** abondantes, visqueuses, au début de la maladie; plus tard des ***croûtes*** jaune-verdâtres, évacuées par paquets tous les deux ou trois jours, horriblement fétides.

Ils accusent une sensation de ***sécheresse*** des fosses nasales et d'*obstruction du nez*, malgré que celui-ci soit trop perméable, mais c'est précisément le ralentissement d'air respiratoire dû à l'excès de perméabilité qui crée la fausse sensation.

La déglutition des mucosités provoque de la pharyngite sèche, des *troubles digestifs*. La propagation de l'inflammation aux organes voisins détermine des *dacryocystites*, des lésions des voies lacrymales, du *catarrhe tubaire*, de la *laryngo-trachéite*. A l'examen laryngoscopique, on constate la présence dans le larynx et dans la région sous-glottique, de croûtes d'odeur infecte (***ozène laryngo-trachéal***).

II. — *DIAGNOSTIC DE L'OZÈNE*

L'odeur suffit à elle seule à faire le diagnostic. Mais le speculum est nécessaire pour montrer la lésion objective. La rhinoscopie fait constater :

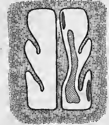


Fig. 277. — Lésions déterminées par l'ozène.

1° Atrophie considérable de tous les cornets du nez;

2° Croûtes dans la fosse nasale gauche tapissant la cloison et remplissant les méats.

1° une *béance exagérée* de la fosse nasale, qui paraît une cavité énorme, à travers laquelle, si le nez ne renferme pas de croûtes, on aperçoit le rhino-pharynx. Cette béance cavitaire est due à l'***atrophie des cornets***, qui sont extrêmement petits et rétractés ; la muqueuse qui les recouvre est *sèche*, parfois *saignante*.

2° la présence de mucosités ou de ***croûtes verdâtres*** très épaisses, adhérentes, se moulant sur les parois du nez. Leur odeur est horrible.

Examinez la gorge et vous verrez fréquemment descendre du naso-pharynx, des produits ozéneux.

III. — *TRAITEMENT*

Le praticien devra retenir les deux points suivants[1] :

1° la curabilité difficile de cette triste infirmité;

2° le principe du traitement qui est essentiellement palliatif.

Sachez, en effet, que cette maladie est au-dessus des ressources de nos moyens thérapeutiques, qu'elle est souvent incurable, et que, seul, un traitement palliatif peut la faire tolérer par le sujet qui en est atteint et par son entourage. Cependant, de nouveaux traitements : *injection de paraffine* sous la muqueuse du nez, *rééducation respiratoire* peuvent améliorer et même guérir. Il est bon d'essayer ce traitement rhinologique.

Vous devez donc dire l'exacte vérité au malade, lui déclarer que tant qu'il se soignera, tant durera l'amélioration et la pseudo-guérison. Dès qu'il cessera le traitement, les symptômes : fétidité et croûtes pourront reparaître. Le traitement est donc surtout palliatif, et ne vise uniquement qu'à la suppression de l'odeur, c'est-à-dire l'élimination des croûtes. Celles-ci sont extrêmement adhérentes à toutes les parois qu'elles recouvrent. Il en résulte donc une double indication thérapeutique :

1° le ramollissement;

2° l'extraction;

RAMOLLISSEMENT DES CROUTES

Vous donnerez les conseils suivants : deux fois par jour, le malade procédera de la sorte à sa toilette nasale :

Il ramollira les croûtes à l'aide de corps gras introduits dans le nez. Pour cela, deux méthodes : soit la ***pulvérisation d'huile de vaseline***, soit l'introduction de tampons d'ouate imbibée de vaseline liquide.

Si vous prescrivez la pulvérisation, recommandez que l'appareil ne présente pas un tube capillaire, de façon à éviter son obstruction par l'huile. La pulvérisation devra être faite dans chaque narine, de bas en haut, dans la direction de l'œil, c'est-à-dire selon l'arête dorsale du nez. De cette façon, la vaseline pénètre dans la partie supérieure des fosses nasales et retombe le long des parois et sur le plancher.

Si le malade ne peut se procurer cet appareil, recommandez-lui l'introduction dans le nez de ***tampons d'ouate hydro-***

[1] La *Clinique*, 1908.

phile de la longueur du petit doigt, *imbibés d'huile de vaseline*, qu'il laisse en place dix minutes environ, en reniflant de temps en temps. Il en résultera une imbibition des croûtes et une hypersécrétion du mucus qui aidera à détacher ces dernières.

Les croûtes sont ramollies, il s'agit de les enlever.

EXTRACTION

Pour cela un procédé unique : le ***lavage.***

Ces lavages doivent être faits avec un **liquide tiède**; ils seront **abondants**, environ deux litres d'eau. Variez la nature des solutions, qu'elles soient tantôt alcalines, tantôt sulfureuses, de façon à éviter l'accoutumance de la pituitaire au médicament.

Comme lavages **alcalins**, prescrivez par exemple la formule suivante :

Borate de soude. . . . . 200 grammes.

mettre deux cuillerées à dessert de cette poudre par litre d'eau.

Comme lavages **sulfureux** :

Mono-sulfure de sodium	8	—
Eau	50	—
Glycérine	100	—

mettre une cuillerée à café de cette solution par litre d'eau.

Ce nettoyage, ramollissement et lavage, doit être fait deux fois par jour.

Enfin, recommandez à votre client la **prophylaxie** en quelque sorte de son infirmité, quoique la contagion soit loin d'être élucidée; que ses mouchoirs ne servent qu'à lui, qu'il les mette à part et ne fasse pas la charité de les prêter aux autres.

Des cures hydro-minérales répetées constituent un excellent traitement adjuvant : eaux sulfureuses (Cauterets, Challes, Uriage). Les enfants strumeux, scrofuleux, retireront un grand bénéfice d'un séjour au bord de la mer, à Biarritz, à Salies-de-Béarn.

LE RHUME DES FOINS — LA RHINITE SPASMODIQUE

I. — *DESCRIPTION CLINIQUE*

Dans le cours de votre carrière professionnelle, vous serez consulté à la période des beaux jours, par des malades de la classe

aisée qui vous raconteront cette histoire, fort curieuse, mais fort pénible pour eux.

Chaque année, au milieu ou à la fin du printemps, en mai ou en juin, dès la première promenade à la campagne, au soleil, sans rhume préalable, ils sont pris de la ***crise*** suivante : brusquement, à la suite de chatouillements dans le nez, ils sont atteints d'accès d'***éternuements***, quinze, vingt, trente fois de suite, avec ***écoulement nasal séreux***, ***enchifrènement*** et ***obstruction*** du nez.

Souvent, en même temps, ces phénomènes s'accompagnent de ***troubles oculaires*** (rougeur et picotement des conjonctives, larmoiement).

Et parfois même, des crises de dyspnée, tout à fait ***asthmatiformes***.

Ces accidents se répètent plusieurs fois pendant le jour, cessent la nuit, persistent pendant plusieurs semaines consécutives et disparaissent un beau jour, avec ou sans traitement. Et cela se renouvelle pendant 10, 15 et 20 ans. Particularité intéressante, si le malade reste dans l'obscurité, il est très soulagé; s'il fait un voyage en mer, il est guéri pendant la traversée, mais les accidents reprennent quand il met pied à terre. Au contraire du « mal de mer », c'est un « mal de terre », très pénible parce que pendant des semaines le malade est fort incommodé. Le pronostic cependant est bénin.

Voilà la description type du rhume des foins.

Mais pareils accidents éclatent parfois l'hiver ou en toute saison, toujours dans la classe aisée, de préférence chez des sujets neuro-arthritiques : il s'agit alors de rhinite spasmodique pure et simple.

En réalité, le rhume ou asthme des foins n'est qu'une rhinite spasmodique à forme estivale.

II. — *EXAMEN RHINOSCOPIQUE*

Parfois, on constate une lésion (petit polype, crête, éperon, déviation), en contact avec les cornets.

Très souvent, le *nez est normal* (sauf pendant la crise, où la muqueuse est tuméfiée et obstruante). L'exploration au stylet vous révélera, dans quelques cas, au niveau du cornet inférieur ou de la cloison, une *zone hyperesthésique*, telle que le contact de l'instrument déterminera l'explosion du réflexe.

III, — *QUELLE EST LA CAUSE DE CE SPASME*

On a expliqué l'asthme des foins par l'irritation réflexe de la muqueuse du nez, provoquée par le pollen de certaines graminées qui fleurissent à la fin du printemps. Cette théorie est exacte.

Mais comment expliquer la rhinite spasmodique hivernale, qui éclate soit sans cause apparente, soit après la respiration de parfums, de certaines poussières, toujours les mêmes? On a invoqué nombre de théories et en particulier chez certains sujets *neuro-arthritiques*, la sensibilité toute spéciale de la pituitaire qui présente des zones d'hyperesthésie, point de départ du réflexe naso-oculo-bronchique.

IV. — *TRAITEMENT*

Vous éviterez de prescrire les pommades ou huiles mentholées, eucalyptolées, etc., et tout médicament irritant pour la muqueuse.

A. — ***Pendant la crise.*** — Vous ne serez que palliatif et encore!

Voici quelques recettes :

1° pulvériser dans le nez, au moment de l'accès, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/150, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline :

Chlorhydrate de cocaïne	20 centigrammes.
Chlorhydrate d'adrénaline de Parke-Davis, au millième.	1 gramme.
Solution de sérum physiologique (chlorure de sodium à 7,5 p. 1000).	30 grammes.

Mais si cette solution agit efficacement, méfiez-vous que le malade y prenne goût et ne devienne cocaïnomane.

2° médication calmante : valérianate d'ammoniaque, aspirine.

3° l'aspiration de *pollantine*, sorte de sérum découvert par Dunbar de Hambourg, et obtenu en injectant à des animaux une toxine isolée du pollen des graminées. Ce médicament, très incertain dans ses résultats, se présente sous forme de poudre ou de liquide que le malade aspire dans les fosses nasales. On a recommandé également l'aspiration de sérum de canard.

B. — ***En dehors de la crise.*** — *Localement*, s'il y a une *lésion*, la supprimer (ablation de polypes, résection des crêtes de la cloison, cautérisation des zones hyperesthésiées); n'y a pas de lésions prescrire quelques pulvérisations nasales,

d'huile de vaseline, pour former un enduit protecteur à la pituitaire.

Des antispasmodiques, des calmants (belladone); de la quinine à petites doses; de la strychnine associée à l'atropine.

C. — ***Comme préventif.*** — Il est impossible de prescrire une croisière en mer à tout rhinorrhéique spasmodique, quoique ce soit le traitement curatif — pendant le séjour à bord du yacht, toutefois!

Mais certains malades pourront éviter les poussières, porter des verres fumés contre l'action irritante du soleil, faire une saison hydro-minérale selon l'indication fournie par leur diathèse.

HYDRORRHÉE NASALE — LA "GOUTTE AU NEZ"

Je ne fais pas allusion ici aux vieux abonnés à la prise du tabac et par suite au coryza chronique, qui ont constamment la « goutte au nez ».

Mais vous serez parfois consulté par des malades observant la meilleure hygiène et qui sont fortement incommodés par un écoulement ou plutôt un ***suintement***, une goutte au nez, claire, légèrement *visqueuse*, plus ou moins abondante, accompagnée d'un léger enchifrènement.

Il vous importe de savoir seulement :

1° que cette hydrorrhée, cette hypersécrétion glandulaire, est un trouble vaso-moteur au sujet duquel ont été émises de nombreuses pathogénies. C'est dire que la bonne reste encore à trouver;

2° que vous l'observerez surtout chez des ***nerveux*** et des ***arthritiques***;

3° que l'examen rhinoscopique vous montrera simplement une muqueuse pâle, anémiée; parfois dégénérée et comme polypoïde;

4° que cette hydrorrhée se complique parfois, par l'irritation qu'elle provoque, de ***rhinite vestibulaire*** avec ***sycosis de la moustache.***

Le *traitement* est bien aléatoire.

Employez les **vaso-constricteurs** : aspiration de cocaïne et d'adrénaline, comme dans l'asthme des foins (même formule); atropine à l'intérieur (granules de 1/10 de milligramme, 2 à 3

par jour, 3 fois par semaine, pendant 1 mois); strychnine, qui excitera les vaso-constricteurs, un à deux milligrammes par jour.

Faites traiter la **lésion nasale** : longues raies de feu, si la muqueuse est dégénérée et polypoïde.

Et l'*hygiène* du neuro-arthritisme.

Vous *éviterez* surtout la prescription de pommades irritantes, de poudres, de lavages : ils sont inutiles et inefficaces.

TRAUMATISMES DU NEZ — FRACTURES

Les violents traumatismes du nez déterminent souvent des fractures qui atteignent soit les *os propres*, soit le *cartilage*.

I. — *DIAGNOSTIC*

Ecchymose, *gonflement* de la racine du nez plus ou moins intense avec *déformation* de la région, *hémorragie* nasale et *emphysème* : voilà les symptômes cardinaux.

II. — *TRAITEMENT*

Il comporte, pour le praticien, les points suivants :

a. — Le ***traitement des complications***, c'est-à-dire des symptômes précités (application de glace, recommandation au malade de ne pas se moucher pour éviter l'emphysème, tamponnement contre l'hémorragie).

b. — La ***réduction précoce de la fracture*** (fig. 278).



Fig. 278. — Réduction d'une fracture du nez.

Quand il a un déplacement latéral, avec, ou mieux sans anesthésie générale, il suffit avec le pouce de refouler le nez par une pression continue ou vigoureuse, de façon à ramener l'axe nasal en bonne position et à produire la coaptation des fragments.

Cette réduction sera *précoce* et faite dès que le gonflement aura disparu, dans le double but d'éviter :

1° une *consolidation vicieuse* et une *déformation* difficile à corriger ;

2° une *obstruction* de la fosse nasale.

c. — L'***examen rhinoscopique***, de façon à constater s'il n'existe pas une déviation de la cloison, une luxation obstruant la fosse nasale, auquel cas le spécialiste doit intervenir.

DÉVIATIONS ET MALFORMATIONS DE LA CLOISON

Retenez simplement que ces déformations sont dues soit à un *traumatisme*, soit à un *trouble de développement*, et qu'elles peuvent porter sur la cloison cartilagineuse, c'est-à-dire en avant, ou sur la cloison osseuse ou vomer, en arrière!

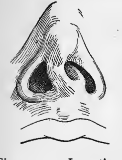


Fig. 279. — Luxation de la cloison.



Fig. 280. — Déviation de la cloison.

Elle porte sur le cartilage et elle est visible ; en soulevant le lobule du nez on voit qu'elle obstrue le vestibule de la narine gauche.

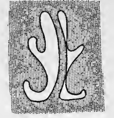


Fig. 281. — Déviation de la cloison (sur une coupe vertico-transversale du nez).

La cloison est incurvée à gauche, en forme de C retourné. Dans d'autres cas, la déviation a une forme en S.

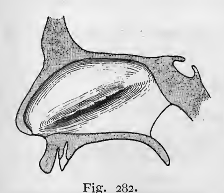


Fig. 282.
Une crête de la cloison.

C'est un épaississement angulaire du cartilage ou du vomer.

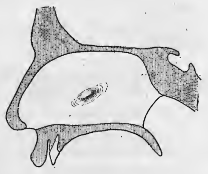


Fig. 283.
Une épine de la cloison.

C'est une très petite crête, courte et circonscrite.

Tantôt la déformation atteint une grande partie de la cloison : on dit alors qu'il y a ***déviation***; tantôt elle est circonscrite, formant alors un ***éperon***, une ***épine***, une ***crête***, parfois un ***épaississement*** limité.

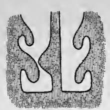


Fig. 284. — Crête de la cloison. (Vue sur une coupe du nez verticale et transversale.)

On voit que la saillie formée par la crête est en contact avec le cornet inférieur et obstrue partiellement la fosse nasale droite.

Il faut traiter ces scolioses du septum nasal, quand elles déterminent des troubles sérieux : *obstruction*, *catarrhe chronique* avec pharyngo-laryngite consécutive, *surdité*, etc., et des troubles *réflexes* : asthme, toux, migraines.

Le traitement est du ressort de la chirurgie rhinologique.

ABCÈS DE LA CLOISON

Il est intéressant pour le praticien de connaître leur traitement, afin d'éviter au malade une *difformité* (¹).

Un individu fait une *chute sur le nez*, — accident fréquent par ces temps de sport à outrance, — et se fracture le cartilage. Il en résulte un *hématome* qui s'infecte et suppure. Cet *abcès chaud de la cloison nasale*, négligé ou méconnu, peut déterminer une nécrose du cartilage et consécutivement un effondrement du squelette.

Voici comment le médecin évitera cette complication, d'ordre esthétique.

Il se rappellera :

1° la pathogénie de l'abcès de la cloison;
2° ses caractères cliniques;
3° ses indications thérapeutiques.

I. — *COMMENT SE FORME L'ABCÈS DE LA CLOISON*

Deux mots d'anatomie.

Le septum, qui sépare les deux fosses nasales, comprend deux

(¹) *La Clinique* 1907.

segments : l'un, antérieur, *cartilagineux*; l'autre, postérieur, *osseux*, le vomer.

Or, les abcès se développent seulement au niveau du cartilage. Sachez que ce dernier : 1° est tapissé sur ses deux faces d'une *muqueuse*, la pituitaire, peu adhérente, par conséquent facilement décollable; 2° présente en son milieu une zone très amincie, qui constitue son point faible.

Voilà toute l'anatomie pathologique.

Fig. 285. — Abcès de la cloison du nez.

On voit, à la partie antérieure du cartilage, sa zone la plus faible et la plus mince.

Maintenant, supposez un traumatisme agissant sur le segment inférieur du nez : il en résulte une fracture au centre du cartilage, zone la moins résistante : par suite, rupture des vaisseaux et hémorragie. Or, cet épanchement sanguin, cet ***hématome de la cloison***, décolle immédiatement les deux faces muqueuses et soulève la pituitaire à droite et à gauche. L'hématome est donc toujours bilatéral, en bissac.

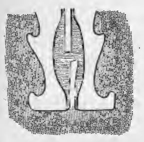


Fig. 286. — Hématome.

La fracture du cartilage a déterminé une hémorragie sur les deux faces de la cloison et décollé la muqueuse. Il en résulte un épanchement sanguin ou hématome.

Que va devenir cette collection sanguine?

Rarement elle se résorbe, presque toujours elle suppure et un *abcès de la cloison* est constitué.

II. — *DIAGNOSTIC — ÉVOLUTION DE L'ABCÈS*

Vous serez fixé :

1° par les *commémoratifs* : chute sur la face, traumatisme accompagné presque toujours d'épistaxis;

2° par l'*obstruction du nez*, bilatérale, due à la poche sanguine qui a décollé la muqueuse;

3° et bientôt par les *signes d'infection*. Ce sont ceux de tout abcès, c'est-à-dire fièvre, douleur, céphalée. Et en plus, ceux résultant de la localisation : ***tuméfaction du nez***, *rougeur du lobule* dont la peau est tendue, luisante.

Aucun instrument n'est nécessaire pour reconnaître l'abcès. Placez le malade devant la lumière du jour, soulevez le lobule avec le doigt et vous constatez dans chaque fosse nasale une tuméfaction arrondie, lisse, rosée, obstruante. *Introduisez un index* dans chaque narine et vous percevez la ***fluctuation***. En effet, le cartilage étant fracturé, perforé, le liquide communique de l'une à l'autre poche : c'est le principe physique des *deux vases communicants* (fig. 287).

III. — *TRAITEMENT*

Il sera : 1° *précoce*;

2° *exécuté avec une technique minutieuse.*

1° ***Précoce***. — Voici pourquoi. Au contact du pus, le cartilage va se dénuder de proche en proche, se nécroser, s'ulcérer, finalement se *perforer*. Plus tard, les dimensions de cette perforation vont augmenter et le cartilage peut être en partie détruit. Il en résultera qu'après la guérison, la rétraction cicatricielle amènera une déformation externe plus ou moins accusée, qui se traduira par un affaissement de l'arête dorsale du nez, avec relèvement de la pointe. Le malade présentera une **déformation en coup de hache.**



Fig. 287. — Diagnostic de l'hématome.

En soulevant simplement le lobule du nez, on aperçoit dans chaque fosse nasale une saillie régulièrement convexe, formée par l'épanchement sanguin.

Tracé de l'incision.

2° ***Technique***. — Ouvrir, vider, tamponner la poche purulente sur ses deux faces : voilà l'indication.

Cocaïnisez, par une narine, en son point déclive, la muqueuse qui forme la paroi de l'abcès. Pour cela, imbibez un petit tampon d'ouate monté sur un stylet de trousse, avec deux ou trois gouttes du mélange de Bonain (de Brest) :

Chlorhydrate de cocaïne	ãã 1 gramme.
Menthol cristallisé	
Acide phénique neigeux.	

Frottez doucement la muqueuse pendant 15 à 20 secondes ; elle

pâlit, prend une coloration « plaque muqueuse » : elle est anesthésiée.

Ouvrez la poche avec le bistouri, non pas par une ponction timide, mais par une incision franche et longue de un à un centimètre et demi.

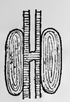


Fig. 288. — Tamponnement post-opératoire *bien fait*.

Les lanières de gaze introduites dans chaque fosse nasale, sont bien appliquées et maintiennent l'accolement des deux muqueuses.

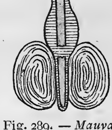


Fig. 289. — *Mauvais* tamponnement.

Celui-ci n'a été fait qu'à la partie inférieure, il en résulte que la partie haute de la poche échappe à l'action compressive et qu'un nouvel épanchement se reproduit.

Évacuez le contenu, par pression, en introduisant dans chaque narine les deux index garnis de doigtiers en caoutchouc stérilisés, que tout médecin doit posséder dans son arsenal pour faire la « chirurgie du pus ».

Faites la toilette de la poche par curettage des fongosités, si l'abcès est de date ancienne; par badigeonnage intérieur au moyen d'un tampon d'ouate monté sur une pince et imbibé d'eau oxygénée neutre et pure, ou de teinture d'iode.

Finalement, **tamponnez** chaque fosse nasale, avec ouate ou gaze, de façon à obtenir l'accolement des deux muqueuses contre le cartilage. Très important est ce tamponnement. Il sera : *serré*, pour obtenir l'adhérence; de *courte durée*, afin d'éviter l'infection, donc pas plus de 24 heures en place; *renouvelé quotidiennement* jusqu'à affrontement complet. En moins de 3 à 5 jours, la guérison est obtenue.



Fig. 290. — Déformation du nez consécutive à un abcès de la cloison mal soigné.

Et pour terminer, soyez réservé sur les résultats esthétiques si vous avez été appelé trop tard, en faisant entrevoir une **prothèse à la paraffine**, possible en cas de difformité.

POLYPES DU NEZ

NOTIONS INDISPENSABLES A CONNAITRE POUR LE PRATICIEN

Ne vous attendez pas à trouver ici, longuement décrite, la technique chirurgicale d'ablation de ces tumeurs : la masse des médecins a rarement l'occasion de les extirper.

Il importe bien davantage au praticien :

1° de savoir ce qu'est un polype du nez et la lésion sous-jacente qu'il représente, dont il est fonction en quelque sorte;

2° de les reconnaître;

3° d'avoir une notion générale de leur traitement.

I. — *QU'EST-CE QU'UN POLYPE DU NEZ?*

Il est bientôt fait de dire qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, souvent pédiculée, de structure myxomateuse.

On peut comprendre de la sorte la genèse d'un polype du nez : à la suite d'une irritation nasale prolongée (coryza chronique par exemple) la muqueuse réagit, s'œdématie en un point, presque toujours dans les zones où les sécrétions stagnent, c'est-à-dire dans le méat moyen. Cet œdème d'abord localisé, tend à augmenter, la pesanteur l'entraîne et il en résulte une petite tumeur qui tombe dans la fosse nasale. Le polype est donc en réalité une ***dégénérescence œdémateuse de la muqueuse nasale irritée.***

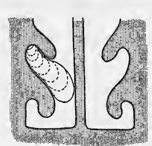


Fig. 291. — Mécanisme de la formation du polype du nez.

C'est d'abord une irritation de la muqueuse du méat moyen qui se traduit par de l'œdème. Celui-ci augmente progressivement et arrive à former une poche qui tombe, flasque et inerte, dans le nez : c'est le polype.

Cette dégénérescence a d'abord pris naissance en un point; voilà pourquoi les polypes sont *pédiculés*, souvent.

Mais, il n'existe pas qu'un seul point malade dans la pituitaire; beaucoup ont subi l'irritation prolongée, vous aurez donc des polypes en *nombre variable*; j'en ai extirpé 26 dans une fosse nasale; ils sont tous tassés « comme des moutons », par pression réciproque, dès

que l'un est enlevé, un autre fait hernie, et ainsi de suite. Sachez simplement que les polypes solitaires sont rares, les polypes multiples sont la règle.

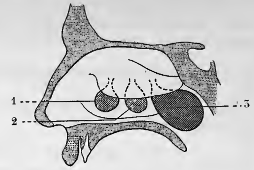


Fig. 292. — L'insertion des polypes se fait toujours dans le méat moyen.

Leur *structure* est très variable. Toujours bénins, les uns sont franchement muqueux, d'autres kystiques, d'autres enfin fibro-muqueux, à parois charnues, épaisses.

1. Un polype antérieur. — 2. Un moyen. — 3. Un troisième, choanal, tend à évoluer dans le cavum.

Leur genèse vous explique leur *forme arrondie*, lisse ; ils épousent la forme de la cavité qui les contient ; ils sont donc parfois aplatis.

Je vous ai dit qu'ils *siégeaient dans le méat moyen* et que ce méat constituait presque toujours leur point d'implantation, en raison de la stagnation des mucosités du nez.

Mais le nez peut être irrité par plusieurs procédés : 1° soit par une inflammation, autochtone en quelque sorte, née sur place, développée à la suite d'une affection endo-nasale, d'un coryza chronique par exemple ; 2° ou encore, la muqueuse est enflammée par le pus provenant d'une autre cavité, des sinus maxillaire, frontal ou de l'ethmoïde. Or, ces cavités ont toutes leur orifice d'abouchement dans le méat moyen.

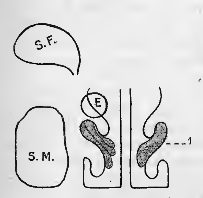


Fig. 293. — Causes des polypes.

Dans la fosse nasale droite, ils sont provoqués par l'irritation de la muqueuse sous l'influence de l'écoulement purulent d'une sinusite, soit maxillaire, soit frontale, soit ethmoïdale.

Dans la fosse nasale gauche, c'est le catarrhe chronique prolongé qui a irrité la pituitaire et déterminé la formation du polype (1) dans le méat moyen.

Donc, *conclusion* extrêmement importante au point de vue du pronostic et du traitement : si les polypes du nez siègent tous dans le méat moyen, leur source est différente ; les uns ont une *origine nasale*, les autres une *origine sinusienne*. Cette distinction est capitale, comme vous le verrez.

Un dernier mot enfin ; ils sont tout à fait exceptionnels chez l'en-

fant, et cependant combien fréquente est la rhinite à cet âge!

Voilà les notions étiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques indispensables à connaître au point de vue pratique.

II. — *COMMENT RECONNAITRE LES POLYPES DU NEZ?*

Est-ce par les troubles fonctionnels accusés par le malade, ou par l'examen rhinoscopique.

1° *EST-CE PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS?*

Mais ils sont d'une banalité telle que leur histoire, aussi complètement détaillée que possible par le malade, vous fera dire simplement : ce malade a le nez bouché et c'est tout. Il faut regarder et prendre le speculum.

C'est en effet pour « ***un rhume chronique*** » pour ***une obstruction nasale*** avec toutes ses conséquences, c'est-à-dire des *sécrétions* muqueuses ou purulentes, du nasonnement, etc., que le sujet vient vous consulter. Je n'insiste pas, vous retrouvez ici la banalité des symptômes du coryza chronique.

Mais le malade insiste parfois sur une petite particularité qui le rassure; souvent, dit-il, par les temps secs, le nez se débouche et la respiration redevient normale. C'est qu'en effet les polypes se sont rétractés sous l'influence de l'état hygrométrique.

2° *C'EST LA RHINOSCOPIE QUI FAIT LE DIAGNOSTIC*

Le relèvement du lobule avec le doigt montrera parfois à l'orifice d'une ou des narines, une ***tumeur arrondie***, ***lisse***, obstruant le méat, *couleur* « ***perle fine*** », ou « *écaille de poisson* », faisant parfois hernie si le malade produit un effort, ou au contraire « aspirée » et rentrant dans le nez, s'il renifle. L'examen au speculum ne donnera, en pareil cas, aucun renseignement, puisque l'orifice narinaire est bloqué, tamponné, par ce polype qui masque la vue des parties profondes.

Quand les polypes, moins volumineux n'affleurent pas le méat, la RHINOSCOPIE vous fournira des renseignements de la plus haute valeur : 1° sur leur *existence*; 2° sur leur *nombre*; 3° sur leur *point d'insertion*; 4° sur leur *origine nasale* ou *sinusienne*, point capital pour le traitement; 5° sur la différenciation qui doit être faite avec les autres *tumeurs* des fosses nasales.

Premier point. — ***Y a-t-il des polypes?***

Oui, quand le speculum montre dans le nez, une ou plusieurs tumeurs présentant les caractères précédemment indiqués, quelquefois mobiles, en battant de cloche, mobilité qu'on décèle en faisant faire un effort de mouchage au malade, ce qui indique leur pédiculisation.

L'exploration avec un stylet montre que la paroi de la tumeur est mollasse.

Second point. — ***Quel est leur nombre***? — Vous serez fixé par la rhinoscopie postérieure, qui doit être faite pour deux raisons :

1° si vous apercevez des polypes à l'orifice choanal, ceci vous indique que les tumeurs sont multiples, puisqu'elles s'étagent successivement d'avant en arrière, de la narine jusqu'au cavum ;

2° cet examen peut vous montrer parfois la présence d'un *énorme polype*, faisant hernie à travers la choane, à surface lisse et bien tendue : c'est encore un polype du nez, bénin, mais de structure spéciale, c'est un polype « *choanal* », *kystique* ou *fibro-muqueux*, et dont l'extirpation n'est pas chose facile.

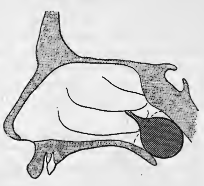


Fig. 294. — Gros polype choanal obstruant l'orifice postérieur de la fosse nasale.

Troisième point. — ***Quel est leur point d'implantation***? — Pour le découvrir, employez le procédé suivant : faites renifler sur de l'ouate, trois fois en dix minutes, quelques gouttes de la solution vaso-constrictive suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	10 centigrammes.
Chlorhydrate d'adrénaline au millième . .	50 —
Eau.	15 grammes.

Ou, si vous êtes expert en rhinologie, faites une pulvérisation de ce liquide entre la paroi du nez et le polype. Rhinoscopez ensuite, la muqueuse des cornets et les polypes se seront rétractés ; vous apercevrez beaucoup mieux ces derniers, vous en compterez plusieurs et vous distinguerez parfois leur pédicule, en haut, *dans le méat moyen*.

Ne manquez jamais de faire cette épreuve à la cocaïne adrénaline.

Quatrième point. — Ces polypes sont-ils d'***origine nasale*** ou reconnaissent-ils une ***origine sinusienne*** ? — Deux signes de présomption vous feront penser à une sinusite :

1° la présence, dans le nez, de *pus* dans lequel baignent les polypes : voilà le grand symptôme, en pratique ; 2° les *antécédents*. Si le malade déclare que depuis longtemps il a une molaire supérieure cariée, s'il a eu des fluxions dentaires avec rhinorrhée purulente du même côté ; s'il a eu une grippe violente accompagnée de douleurs faciales intenses et d'un écoulement nasal, vous supposerez une sinusite.

Mais il faut une véritable installation rhinologique et faire l'éclairage de la face, pour affirmer le diagnostic en toute certitude. Pensez-y cependant, le malade vous saura gré de ne pas avoir méconnu la cause de ses polypes.

Cinquième point. — ***Est-ce bien un polype muqueux***, *n'est-ce pas une tumeur maligne,* un *cancer*, un *polype naso-pharyngien*, une *queue de cornet* ? Voir le diagnostic des tumeurs, page 219.

III. — *QUEL TRAITEMENT CONSEILLEREZ-VOUS ?*

Le *MALADE* va poser, dès que vous aurez prononcé le mot de polype, une série de *questions* qui le préoccupent singulièrement.

Sont-ils nombreux ? La rhinoscopie postérieure vous permettra de répondre.

Est-ce grave ? Jamais, ce sont des tumeurs bénignes.

Ne peuvent-ils pas ***disparaître seuls***, ou en faisant un traitement aussi long qu'il le faudra : « des lavages », « en les brûlant » ? Répondez que tous ces traitements sont absolument illusoires et qu'il ne faut pas compter sur la résorption ou sur l'accouchement spontané du polype.

Repousseront-ils, si on les enlève ? C'est ici qu'il faut être précis. Vous déclarerez, que si les polypes sont simples, non compliqués, nés à la suite d'une rhinite chronique, en un mot, s'il n'y a pas de sinusite maxillaire, ethmoïdale, ou frontale, ils ne récidiveront pas. Dans le cas contraire, il faudra, après l'ablation des polypes, en supprimer la cause, c'est-à-dire guérir la sinusite qui a été le point de départ.

Si enfin, vous poursuivant dans vos derniers retranchements,

le sujet demande si vous pouvez lui affirmer s'il existe ou non, une sinusite, terminez en déclarant que l'examen d'un rhinologiste pourra seul l'éclairer sur ce point.

Le *MÉDECIN* :

1° Conseillera l'***ablation des polypes***, seul traitement logique et nettement indiqué parce qu'il lèvera l'obstruction nasale avec toutes ses conséquences;

2° ***Rassurera*** le malade en lui représentant l'**opération** comme **indolore**, la cocaïne aidant, et d'autre part les polypes étant dépourvus de filets nerveux; **non hémorragipare**, car ils sont pauvres en vaisseaux; comme une intervention **simple**, se faisant dans le cabinet, ne nécessitant aucun soin ultérieur, ne troublant en aucune façon la vie courante, mais exigeant parfois des *séances multiples*.

Pour votre instruction, sachez que l'arrachement des polypes avec une pince quelconque est condamné comme une méthode brutale et dangereuse, que le procédé de choix consiste dans l'ablation au moyen d'un serre-nœud, c'est-à-dire d'une anse de fil d'acier très fin, passant au travers d'un tube creux et fixé à un chariot mobile sur un manche. Cette anse sectionne le polype au niveau de son point d'insertion, et sous le contrôle de la vue avec le speculum.

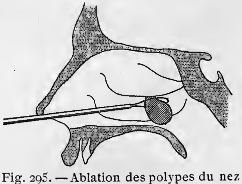


Fig. 295. — Ablation des polypes du nez avec une anse de fil d'acier.

Plusieurs séances sont parfois nécessaires pour débarrasser tout le nez et le méat moyen, et parfois alors il faut s'attaquer à la cause même du polype, c'est-à-dire traiter une sinusite, enlever une ethmoïde, un cornet moyen dégénéré, sous peine de récidive.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU NEZ

Il doit être fait, beaucoup plus par l'*examen rhinoscopique* antérieur et postérieur, combiné à la rétraction de la muqueuse par la cocaïne-adrénaline et à l'exploration au stylet, que par les *signes fonctionnels*.

On ne doit pas ranger parmi les tumeurs du nez : l'*hypertrophie*, même considérable de la muqueuse des cornets, qui se diagnostique très simplement par les moyens que nous avons étudiés précédemment ; des *queues de cornet* même très volumineuses ; une *déviation de la cloison*. Ce serait une erreur colossale qu'un examen soigneux par les procédés décrits ci-dessus suffit à éviter.

Voici les tumeurs les plus fréquentes que l'on observe dans la pratique courante :

1° les ***polypes muqueux***, ou fibro-muqueux des choanes, très communs ;

2° les ***tumeurs malignes***, bien plus rares (ce sont des sarcomes, dans le jeune âge ; des épithéliomas, à l'âge adulte). Ces tumeurs sont *rouges*, fongueuses, mollasses et *saignent* facilement. Plus tard, la masse s'ulcère, sécrète une sanie purulente vers la fin, avec *hémorragies* abondantes et *douleurs* faciales ou craniennes. Et les cavités de la face finissent par se déformer avec l'envahissement de ces néoplasmes ;

3° Les *prolongements nasaux* des ***polypes fibreux naso-pharyngiens***. On ne les observe que jusqu'à l'âge de 25 ans ;



Fig. 296. — Polype naso-pharyngien descendant dans le pharynx, refoulant le voile palatin, envahissant la fosse nasale.

4° surtout n'allez jamais considérer comme appartenant à une tumeur des ***bourgeons rouges***, parfois volumineux et obstruant le nez, qu'on observe dans toute infection prolongée de la pituitaire (syphilis tertiaire, corps étrangers) : c'est une grande source d'erreur qu'il faut éviter.

Exceptionnellement, on rencontre des *ostéomes* à consistance éburnée, et des *angiomes* qui siègent sur la cloison et sont fortement hémorragipares.

Le diagnostic de certitude, par l'exploration et l'examen histologique, ainsi que l'indication thérapeutique, sont plutôt du ressort des rhinologistes.

CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

SYMPTOMES

En général, il s'agit d'***un enfant*** qui a introduit, en guise de jeu, le corps étranger dans une fosse nasale, et la variété des corps du délit n'a d'égale, que le nombre des objets que le jeune enfant a l'habitude de faire pénétrer dans ses orifices naturels : bouche, oreille, nez.

En dehors de la rhinoscopie, deux symptômes de première grandeur ont une réelle valeur, chez un enfant, trop petit ou trop craintif pour avouer sa faute :

1° une ***obstruction unilatérale du nez***, apparue brusquement ;

2° une ***pyorrhée, unilatérale et fétide.***

La ***rhinoscopie permet seule un diagnostic de certitude*** ; elle évitera de tonifier des enfants, de leur faire prendre pendant des années de l'huile de foie de morue, alors qu'ils ont un haricot incrusté dans le nez ! Néttoyez préalablement le nez avec des tampons d'ouate montés. S'il y a réaction inflammatoire et bourgeons charnus, instillez quelques gouttes d'adrénaline pure, et de cocaïne à 1 pour 100. Quelques minutes après, la rétraction de la muqueuse vous montrera ou vous fera percevoir au contact d'un stylet, le corps étranger.

TRAITEMENT

1. — *Manœuvres à éviter.*

Toute tentative d'extraction faite à l'*aveugle*, avec des instruments : pinces, crochets, sans le secours du speculum ou du miroir.

Tout *lavage du nez* avec grande pression, qui peut, en chassant le pus dans l'oreille, provoquer une otite.

2. — *Manœuvres permises.*

1° Provoquer le mouchage par des prises de menthol.

2° Tenter, avec cocaïnisation chez l'adulte, avec la narcose générale chez l'enfant, l'*extraction* avec un *stylet* coudé à son

extrémité, pour désenclaver le corps du délit. Une instillation préalable d'adrénaline sera un utile adjuvant, par la rétraction des tissus qu'elle détermine.

C. — *Traitement rhinologique.*

Le *rhinologiste*, en cas d'échec par ces procédés simples, devra intervenir.

Au moyen de crochets, de leviers, de pinces appropriées, de lithotriteurs au besoin, exceptionnellement par une rhinotomie, il obtiendra le corps étranger.

TUBERCULOSE

Elle est relativement rare et toujours ***secondaire*** à une tuberculose viscérale.

Voici sa photographie. Vous traitez un tuberculeux quelconque : pulmonaire, presque toujours. A la période ultime, cachectique, alors que son larynx est envahi, son pharynx ulcéré, le malade présente une *obstruction nasale*, de petites épistaxis, il mouche des *mucosités* et des *croûtes*.

Coryza à allure chronique, direz-vous ; d'autant que le sujet ne souffre pas.

Prenez le speculum nasi, détergez le nez et vous verrez sur la *cloison* des ***ulcérations,*** à bords déchiquetés, superficielles, à fond jaunâtre. C'est l'estampille de la tuberculose sur la pituitaire, et cette signature ne va pas se modifier, car le malade sera emporté auparavant.

TRAITEMENT

Le malade ne demande qu'une chose : c'est de ***respirer par le nez***, et il en a grand besoin à ce stade de sa maladie.

Obéissez donc à cette indication capitale, et au moyen de pommades borico-mentholées-eucalyptolées, de tampons d'ouate imbibés d'huile de vaseline, d'huile goménolée à 1/250, de lavages alcalins, évacuez les sécrétions et les croûtes.

Facilitez ensuite la respiration, avec des solutions faibles de cocaïne-adrénaline à 1/200 et fréquemment renouvelées.

Vous ne serez en droit de diriger un traitement *actif* contre les

lésions : cautérisations, curettage, que si l'état général doit en retirer profit (Voir Traitement du lupus, page 224).

LUPUS

Très souvent, les malades que vous avez à traiter pour un lupus de la face, se plaignent de troubles nasaux sans caractères autres que ceux d'un coryza chronique.

Prenez le speculum et vous trouverez des lésions toutes spéciales. Il faut retenir qu'il existe un lupus des fosses nasales, *primitif*, et que celui de la face est toujours secondaire.

DIAGNOSTIC

Vous le ferez :

1° par la présence d'un lupus de la face concomitant ;

2° par la rhinoscopie.

La rhinoscopie peut montrer des lésions sous quatre formes différentes :

a. — des ***tubercules***, de petites ***nodosités***, tout à fait au début de la maladie. Mais il est tout à fait exceptionnel que vous soyez consulté à ce stade de l'affection, puisqu'elle est indolore. Ces nodosités siègent presque toujours sur la muqueuse de la cloison cartilagineuse ;



Fig. 297. — Végétation lupique insérée sur la cloison cartilagineuse.

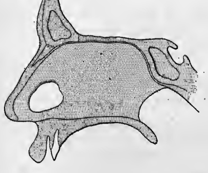


Fig. 298. — Ulcération de la cloison cartilagineuse.

b. — des ***ulcérations***, au même niveau, tout à fait superficielles, cerclées de bourgeons gris-jaunâtre. Jamais l'os n'est à nu, la tuberculose respectant les os, au contraire de la syphilis.

c. — une ***perforation de la cloison***, siégeant toujours au même point, aux bords irréguliers, grenus, et consécutive à l'ulcération qui a creusé en profondeur.

d. — des ***végétations*** framboisées, sessiles, mollasses, rosées, saignantes, développées sur la cloison cartilagineuse, tout à fait en avant et obstruant plus ou moins la narine.

L'examen histologique tranche toute difficulté.

TRAITEMENT

Tout lupus nasal doit être traité et surveillé, même après guérison, pour éviter des récidives.

D'autre part, si vous vous rappelez que la marche du lupus est essentiellement lente, atone, sans grande réaction ; sachez aussi que le lupus peut subir des infections secondaires, devenir un « *lupus vorax* », qui va dévorer le nez, la face : il suffit de faire appel aux souvenirs de l'hôpital Saint-Louis.

Donc, *évitez* tout traitement médical endo-nasal, — j'entends par là, poudres et pommades, c'est une perte de temps.

Il *faut* un *traitement rhinologique*, *chirurgical*, consistant sous le contrôle du speculum :

1° à ***cautériser*** les ulcérations, avec de l'acide lactique pur ou dilué au tiers. Évitez les diffusions de ce liquide particulièrement caustique, et n'en portez que 2 à 3 gouttes sur le point à détruire ;

2° à ***curetter*** les végétations au moyen de fines curettes à tranchant bien coupant. Il faudra :

a. — faire l'anesthésie locale, au moyen d'un badigeonnage avec un porte-coton imbibé de quelques gouttes de mélange de Bonain :

Chlorhydrate de cocaïne	ãã 1 gramme.
Menthol	
Acide phénique neigeux	

La muqueuse pâlit, prend une coloration « *plaque muqueuse* » et en 20 secondes, elle est anesthésiée.

b. — répéter les séances.

En outre, le traitement général et celui du lupus de la face ne devront pas être oubliés. Souvenez-vous du succès de la radiothérapie.

SYPHILIS NASALE

Voici un point de la pathologie du nez, qui réservera au praticien de nombreux mécomptes, s'il n'est pas « opportuniste » dans le diagnostic.

Il faut simplement retenir que les manifestations primaires et secondaires de la syphilis sont exceptionnelles, tandis que les accidents tertiaires sont très fréquents.

Rarement, vous aurez occasion d'observer un *chancre* extérieur du nez, narinaire par exemple. Jamais (ce sont des raretés qu'on publie), vous ne verrez de chancre intra-nasal. Quant aux *accidents secondaires*, ils passent toujours inaperçus, parce que le médecin n'y songe pas, du reste le malade n'attire pas l'attention de ce côté, — elle est plutôt dirigée ailleurs, — et ils glissent sous le masque d'un coryza banal. Le diagnostic se fait rétrospectivement, quand la roséole éclate.

Il faut donc étudier :

1° la *syphilis tertiaire de l'adulte*;

2° la *syphilis héréditaire.*

I. — SYPHILIS TERTIAIRE

Si la *diphtérie aime le larynx*, la *scarlatine l'oreille*, la ***gomme adore le nez***, et cette affection se traduit par des *désastres* que le médecin doit connaître afin de les éviter et n'en point supporter la responsabilité.

Il faut absolument savoir dépister à temps cette gomme, qui souvent, sournoisement se cache.

1° Traitée à temps, elle guérit toujours, sans laisser de reliquat;

2° Négligée, elle s'*ulcère*, *perfore les cavités voisines*, *déforme le nez*, *parfois même envahit le crâne* par sa base et *tue* le malade.

Tout le pronostic de la syphilis tertiaire du nez est contenu dans la formule précédente qui n'a rien de pessimiste.

SON DIAGNOSTIC

A. — ***Attacher plus d'importance à l'examen rhinoscopique qu'aux renseignements fournis par le malade.***

— Le malade qui vient dire à son médecin : « Docteur, j'ai eu la syphilis il y a 20 ou 30 ans, sans manifestation depuis le début ; mais depuis quelque temps, mon nez est **gonflé**, se *bouche*, *coule*, je crains la syphilis nasale, » un tel malade, qui apporte ainsi un diagnostic tout fait est introuvable. Ce serait, du reste, la faillite de la médecine. Beaucoup plus fréquent est le type inverse, et le malade qui a oublié ou même nie son avarie, est beaucoup moins rare.

N'attendez pas non plus, le jour où le sujet viendra vous consulter pour un écoulement purulent, accompagné de **croûtes** grisnoirâtres, avec punaisie et puanteur telle, que l'haleine est repoussante et horrible de fétidité, qu'il laisse partout où il passe la signature de son passage et infecte tous les locaux qu'il traverse. Un tel malade est un *ozéneux syphilitique* qui a un ou des *séquestres* dans le nez. Vous n'avez aucun mérite à le diagnostiquer.

La plupart du temps, pour quels symptômes êtes-vous donc consulté? C'est pour une ***obstruction du nez*** plus ou moins marquée, avec rhinorrhée, écoulement clair au début, puis ***mucopurulent***, qui tache le linge, expulsion de ***croûtes***, parfois haleine ***fétide*** et quelques « névralgies faciales ».

Qu'y a-t-il de spécifique dans ces troubles fonctionnels? Absolument rien, ils peuvent aussi bien appartenir à une sinusite, à un ozène simple.

Il faut absolument prendre le speculum, puisqu'il est si facile en rhinologie d'apercevoir presque toujours la lésion dans le miroir, et si l'examen est suspect, interrogez alors le malade sur ses antécédents syphilitiques.

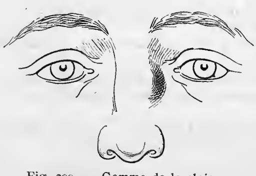


Fig. 299. — Gomme de la cloison, au niveau de l'os propre du côté gauche.

B. — ***Faites le diagnostic par l'examen rhinoscopique.*** — La gomme peut atteindre tout le système cartilagineux ou osseux du nez : os propres, vomer, cornets, cloison, plancher.

Vous soupçonnerez une *gomme des os propres*, lorsque coexiste avec une obstruction du nez, un gonflement

douloureux, œdémateux, parfois rouge et unilatéral de la racine du nez.

Dans les fosses nasales, le siège d'élection de la gomme est surtout la partie postérieure, osseuse, de la cloison, c'est-à-dire le *vomer*; mais vous pouvez aussi la rencontrer en avant, sur le cartilage et au niveau du plancher.

Deux points sont à préciser : 1° l'aspect objectif de la gomme; 2° son évolution.

a. — *Caractères de la gomme.*

Elle se présente au début sous forme d'un **gonflement rouge** et diffus de la muqueuse; vous l'observerez exceptionnellement à cette période, parce que le malade n'est pas encore très incommodé par l'obstruction du nez; ce n'est que lorsque cette gêne se prolonge et s'accompagne d'écoulement, que le sujet vient consulter. C'est donc la *gomme* déjà *ulcérée* que vous constaterez le plus souvent.

Quand elle siège sur le cartilage, son diagnostic « crève l'œil » : à travers, et affleurant le speculum en quelque sorte, vous apercevez une **ulcération** absolument classique, c'est-à-dire une perte de substance à bords taillés à l'emporte-pièce, à pourtour rouge, dont le fond cratériforme est comblé par du muco-pus, par des croûtes.

Quand elle siège « loin dans le nez », un premier examen sommaire ne révèle rien. On voit la partie moyenne ou un « fond de nez » bouché, recouvert de mucosités, parfois de croûtes. Après nettoyage, on aperçoit des **bourgeons**. Appliquez alors à deux ou trois reprises, en l'espace de 10 minutes, un porte-coton imbibé d'une solution de cocaïne à 1 pour 50. Peut-être apercevrez-vous après la rétraction de la muqueuse, le bord antérieur d'une **ulcération**. Si la vision rhinoscopique n'est pas nette, badigeonnez avec quelques gouttes d'une solution

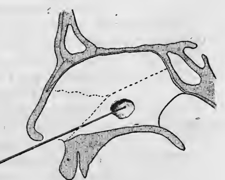


Fig. 300. — Gomme du vomer. Le stylet perçoit la dénudation osseuse.

d'adrénaline au millième, et cinq minutes après, regardez ; vous découvrirez alors les contours de l'ulcération gommeuse, cratériforme, que je vous ai décrite il y a un instant, et dont la rougeur a disparu sous l'influence de l'adrénaline.

Voilà déjà un diagnostic de présomption, en faveur de la syphilis. Le signe de certitude absolue vous sera fourni par l'exploration. Touchez le fond de ce cratère avec la pointe mousse d'un stylet et percevez-vous une ***dénudation osseuse*** : hardiment vous pouvez affirmer une gomme syphilitique du nez.

Suivez bien minutieusement cette technique : « le diagnostic est à l'extrémité du stylet ».

b. — *Évolution de la gomme.*

C'est celle de la syphilis osseuse.

La dénudation de l'os amène une ***nécrose***, puis la formation d'un ***séquestre***, de couleur noirâtre, qui détermine la suppuration et la fétidité repoussante, caractéristique du coryza syphilitique.

L'élimination de ce séquestre est très longue à se faire, et elle met fin à la suppuration. Malheureusement aussi, elle entraîne des ravages et des complications.

Ce sont d'abord des ***perforations de la cloison***, si la gomme atteint le septum, des perforations de la voûte palatine, la fonte des cornets et la volatilisation du squelette du nez. L'examen rhinoscopique montrera alors une seule cavité nasale, anfractueuse, remplie de débris et de croûtes putréfiées, d'une odeur horriblement infecte.



Fig. 301. — Nez en lorgnette.

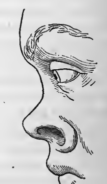


Fig. 302. — Nez en pied de marmite.

Ces pertes de substance déterminent une rétraction du tissu cicatriciel de voisinage et le pauvre malade termine sa triste odyssée par des ***déformations***, que vous connaissez sous le nom de ***nez*** en ***lorgnette***, de *nez en pied de marmite*, etc., si bien décrites par Fournier.

Voilà où aboutit une syphilis tertiaire du nez, méconnue.

Ce n'est pas tout : à côté de ces accidents intéressant l'*esthétique* du malade, d'autres intéressent sa *vie*.

Faut-il rappeler la propagation de l'ostéite, de la suppuration aux cavités de voisinage, les sinusites, les dacryocystites, les complications orbitaires, etc. ; les *accidents crânio-cérébraux* de la base : méningites, paralysies nerveuses, provoqués par l'extension des gommes de la voûte des fosses nasales et de l'ethmoïde, à la base du crâne. Ils ne sont pas tellement rares.

c. — *Cette gomme ulcérée, cette perforation de la cloison sont-elles d'origine syphilitique?*

Problème fort important à tous les points de vue.

L'***ozène vrai*** s'accompagne bien de fétidité et de croûtes, mais l'odeur du coryza syphilitique est plus atroce encore; il n'y a jamais d'ulcération dans l'ozène; en outre les cornets sont considérablement atrophiés et le stylet ne vous décèle jamais d'os nécrosé. Donc, diagnostic très facile.

Dans les ***sinusites***, il y a du pus, il est vrai, dans le nez; mais c'est un pus blanc, épais, crémeux, c'est le pus d'un véritable abcès. Et d'autre part, le malade seul perçoit une odeur fétide; c'est précisément un symptôme capital des sinusites connu sous le nom de *cacosmie subjective*. Jamais la fétidité de l'haleine n'est perçue par l'entourage ou par le médecin.

La ***tuberculose*** et le ***lupus*** déterminent aussi des ulcérations, mais celles-ci sont superficielles et non profondes comme dans la syphilis; leurs bords sont atones, jaunâtres, et non pas rouges, comme dans l'avarie. De plus l'os n'est pas dénudé. Enfin, elles sont rares.

Supposez enfin, que vous ayez à faire un diagnostic rétrospectif et que vous soyez consulté pour une *perforation, un trou dans la cloison*, affirmerez-vous qu'elle reconnaît une origine syphilitique? Ce serait une grave erreur. Il faut bien savoir que le lupus peut trouer la cloison, et qu'il existe aussi un ***ulcère simple***, banal, d'origine inflammatoire ou plutôt trophique, qui frappe la cloison cartilagineuse et la perfore, en particulier chez les sujets atteints du prurit de se gratter le nez.

TRAITEMENT

Il faut faire une thérapeutique « en quatrième vitesse ».

Traitement général tout d'abord : mercure et iodure associés. Quatre à six grammes d'iodure de potassium, par jour. Comme mercure : des injections de sels solubles. Injectez le sel dont vous avez l'habitude, mais à doses intensives, soit l'huile grise, soit le bi-iodure, soit le benzoate.

Je recommande volontiers la solution de bi-iodure de mercure à trois centigrammes par centimètre cube (formule Lafay), dont on injecte dans le haut de la fesse un centimètre cube, tous les deux jours. Surveiller la tolérance.

Le « 606 » est indiqué.

Traitement rhinologique.

Désinfectez le nez, pour éliminer les croûtes et le pus, en le bourrant de corps gras : introduction de vaseline plusieurs fois par jour, pulvérisations d'huile de vaseline, lavages du nez bi ou tri quotidiens avec deux litres de solution salée chaude.

Faites *enlever les séquestres*, quand ils seront mobilisables.

Et enfin, conseillez la *correction de la déformation* du nez, par une opération autoplastique ou des injections de paraffine.

Surtout pas d'autre traitement local, soi-disant actif.

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU NEZ

Elle se montre soit chez le *nouveau-né*, soit plus *tardivement*.

1° *HÉRÉDO-SYPHILIS DU NOUVEAU-NÉ*

Le praticien a intérêt à la dépister d'une façon précoce, car elle constitue *un danger de contagion* pour la *nourrice*, et un *danger pour le nourrisson* (lésions destructives du nez et complications viscérales.)

On *diagnostique* la maladie, par le **coryza** qui en est l'expression clinique. Ce coryza diffère des autres rhinites (aiguës, blennorragiques) de cet âge, par l'écoulement qui est **séro-purulent**, parfois sanguinolent, et apparaît quelques semaines après la naissance. Rougeur et fissures entourent les narines et les lèvres.

En réalité, le diagnostic est très difficile et ne se fait guère que par les autres signes concomitants de la syphilis : psoriasis palmo-plantaire, etc.

Le *traitement* consistera :

1° à mercurialiser la *mère*;

2° à soigner le coryza de l'enfant, comme toute rhinite des nourrissons;

3° à faire des frictions mercurielles au nouveau-né, avec un gramme d'onguent mercuriel, quotidiennement, tout en surveillant bien son appareil gastro-intestinal.

2° *HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE*

Elle apparaît à l'âge de la puberté et peut amener toutes les déformations nasales squelettiques de la syphilis acquise.

ÉPISTAXIS

Le médecin doit connaître :

1° ses *causes*;

2° les *moyens de l'arrêter*.

I. — *SES CAUSES*

La lésion consiste toujours dans l'*ulcération d'un petit vaisseau* de la muqueuse.

La cause est : 1° ***traumatique***, ***opératoire*** ; ou 2° symptomatique d'une ***lésion locale*** : ulcération de la cloison, tumeur du nez, etc. ; ou ***viscérale*** : affection du foie, brightisme, maladie du cœur avec hypertension, artériosclérose, etc. Dans ce dernier ordre de faits, il y a *augmentation de la pression sanguine*, *altération* de la *paroi des vaisseaux*, et le sang peut partir de n'importe quel point de la pituitaire.

Mais vous retiendrez la *fréquence* (90 pour

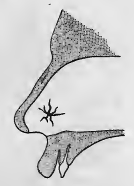


Fig. 303. — L'artère de l'épistaxis, épanouissement terminal de la sphéno-palatine.

Soulevez le lobule du nez avec l'index ou placez le speculum, et vous apercevrez au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison, chez nombre d'individus, un petit bouquet artériel formé de plusieurs ramuscules.

S'il se produit une exulcération, presque toujours d'origine digitale, un de ces vaisseaux saignera abondamment. C'est là l'origine de la plupart des épistaxis.

100) des épistaxis dues à une **érosion locale et variqueuse** de la cloison.

II. — *TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS*

Il y a des procédés nuisibles, dangereux et inefficaces, d'autres réellement utiles.

1. — *Ce que le médecin évitera.*

S'abstenir de toutes les recettes plus populaires que médicales. Pas d'application de clefs sur la nuque, de glace en collier autour du cou, sur les seins, les bourses! pas d'aspiration d'eau froide ou glacée. Rejeter l'antique et surannée injection soi-disant coagulante de perchlorure de fer dans les fosses nasales, dont le résultat est une infecte et septique bouillie! Pas d'injection de gélatine, car elle constitue un excellent bouillon de culture.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

Deux cas : 1° l'hémorragie est *légère*; 2° elle est *grave* et abondante.

A. — *HÉMORRAGIE LÉGÈRE*

Rejeter l'application de tampons d'ouate imbibés de cocaïne ou

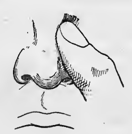


Fig. 304. — Compression digitale de l'aile du nez.

Voici le premier procédé à employer en cas d'hémorragie :

Comprimez fortement, pendant plusieurs minutes, l'aile du nez contre la cloison avec le doigt (procédé le plus rationnel, puisque la compression est faite sur la source hémorragipare).

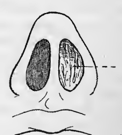


Fig. 305. — Application d'un liquide hémostatique.

On introduit dans la fosse nasale un tampon d'ouate ou de gaze, du volume d'une petite noix, imbibé d'une solution aqueuse d'antipyrine, à parties égales, ou encore d'eau oxygénée à 12 volumes, neutre.

adrénaline, car l'ischémie momentanée produite par la vaso-cons-

triction des vaisseaux cesse bientôt dès que la vaso-dilatation apparaît.

Employer les deux procédés : compression ou application d'un liquide hémostatique (fig. 304 et 305).

B. — *HÉMORRAGIE GRAVE*

Immobiliser le malade. Tenir la famille à l'écart. Nettoyer la fosse nasale, faire la toilette de la lèvre et de l'orifice narinaire, enlever les caillots du pharynx.



Fig. 306. — Ballon nasal hémostatique de Georges Laurens.

C'est un petit préservatif en miniature, en caoutchouc fin, long de 5 à 6 centimètres, terminé par un tube, également en caoutchouc, dans la lumière duquel on insinue un petit mandrin pour permettre l'introduction dans le nez. Le mandrin sera un petit stylet de trousse garni d'ouate, pour ne pas perforer le caoutchouc, ou une fine sonde cannelée. La stérilisation se fait par la simple ébullition,

Avoir des ballons de différentes longueurs, suivant les nez.

Procédé parfait, hémostatique dans 95 pour 100 des cas, dont je me sers depuis 7 ans, à l'exclusion de tout autre, à la portée de tout médecin par sa simplicité.

Fig. 307. — Introduction du ballon dans le nez.

Préalablement, rassurer la famille sur l'état du malade. Nettoyage rapide de la lèvre et de l'orifice du nez, en enlevant le sang coagulé et la bouillie infecte, déterminée par le perchlorure.

Faites ouvrir la bouche; s'il y a des caillots dans le pharynx qui déterminent des nausées, saisissez-les avec une pince hémostatique. Puis, fermez avec le doigt la narine saine, et demandez au malade, quelque frayeur qu'il en ait, de souffler énergiquement par la narine saignante. De la sorte, les caillots sont expulsés, la narine est libre et aussitôt un jet rutilant s'échappe.

Introduisez alors le ballon. Pour cela, faites passer en guise de mandrin, une sonde cannelée à travers le tube, jusqu'au fond, et enfoncez dans le nez, suivant une direction absolument horizontale, c'est-à-dire en rasant le plancher. De la sorte, pas de fausse route. Dès que le ballon s'est engouffré complètement, retirez le mandrin.

Débarrassez les fosses nasales des caillots qui les encombrent, et pour cela faites moucher le malade très fortement, en comprimant alternativement chaque narine. Aussitôt un jet rutilant s'échappe : rassurez le patient. Quelle est la fosse nasale d'où provient le sang, si l'hémorragie est bilatérale ? En général, celle par laquelle

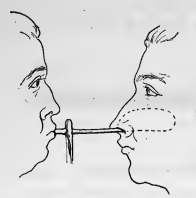


Fig. 308. — Gonflement du ballon.

Il se fait par insufflation, soit avec la bouche, soit avec un petite poire en caoutchouc, jusqu'à ce que le condom soit enclavé et ne puisse être retiré du nez. Évitez cependant une trop grande distension, en raison de la douleur.

Fermez ensuite le tube avec une pince hémostatique et faites une ligature pour empêcher le dégonflement. Enlevez ensuite la pince.

Si le sang continue à couler, c'est que la distension est insuffisante ; gonflez davantage.

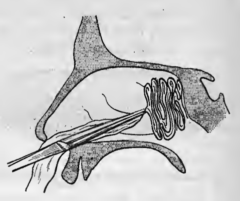


Fig. 309. — Tamponnement antérieur des fosses nasales.

Après l'évacuation des caillots, mettez le speculum, éclairez le nez et introduisez profondément en haut et en arrière jusqu'au fond de la fosse nasale, avec une pince à mors effilés, une mèche de gaze stérilisée, longue de 50 centimètres environ, du volume du petit doigt Tassez-la d'avant en arrière, en forme d'accordéon, de façon à obturer complètement le nez.

24 heures après, enlevez la mèche en l'imbibant d'eau oxygénée, pour la décoller.

Si l'introduction du ballon est *difficile*, mettez le speculum et vous apercevrez une crête ou une déviation qui vous indiquera la direction à donner à l'appareil.

Au bout de 12 à 18 heures au maximum, enlevez le ballon. Manœuvre absolument indolore, l'hémostase est faite.

le suintement réapparaît aussitôt que le malade s'est mouché. Le speculum vous renseignera mieux encore.

Trois procédés pour arrêter le sang : 1° l'introduction du *ballon hémostatique*, de Georges Laurens ; 2° le *tamponnement antérieur* ; 3° le *tamponnement postérieur*, au pis aller.

1° — ***Introduction dans le nez, d'un condom spécial.*** L'emploi de cet appareil est expliqué par les fig. 306, 307 et 308.

2° — ***Tamponnement antérieur.***

Si vous n'avez pas l'appareil précédent, faites le tamponnement antérieur (fig. 309).

3° — ***Tamponnement postérieur.***

Indications très restreintes. Nécessaire cependant : 1° si les

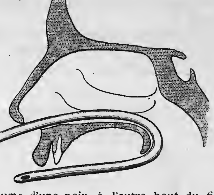


Fig. 310. — Tamponnement postérieur des fosses nasales.

Matériel. — Une sonde de Nélaton, en caoutchouc, une pince, de la gaze ou de la ouate, un gros et long fil de soie, un abaisse-langue.

Premier temps. — *Introduire la sonde* dans le nez, horizontalement, en rasant le plancher. Saisissez l'extrémité dans le pharynx, amenez hors de la bouche, fixez l'extrémité d'un solide fil de soie dans l'œillet de la sonde et un gros tampon d'ouate, du volume d'une noix, à l'autre bout du fil.

deux procédés antérieurs ont échoué ; 2° si le médecin n'est pas familiarisé avec la rhinoscopie. *Danger d'infection* très grand,

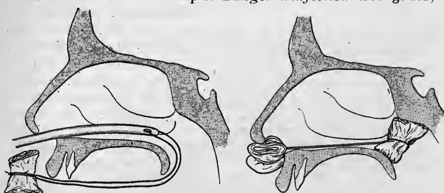


Fig. 311.

2e temps. — La sonde est *retirée* et le tampon d'ouate amené dans le cavum.

Fig. 312.

3e temps. — Fixation d'un tampon de gaze ou d'ouate à l'orifice narinaire, entre les deux chefs du fil.

L'hémostase se fera par la formation de caillots dans le nez. Ablation du tamponnement au bout de 36 heures. Couper d'abord le tampon narinaire et enlevez avec l'index celui qui remplit le pharynx nasal.

pour l'oreille et les sinus : œdème du voile, dysphagie douloureuse, etc.

Recommandation importante. — Au cours de ces hémorragies

graves, le malade gardera le lit et s'alimentera légèrement avec des liquides.

C. — *TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'ÉPISTAXIS*

Il consiste à prévenir la *récidive* par un traitement général ou local.

Traitement général. — Le médecin soignera la cardiopathie, le brightisme, l'artério-sclérose.

Traitement local. — Comme presque toujours la cause de l'hémorragie est locale, on pratiquera une rhinoscopie attentive, deux ou trois jours après la guérison de l'épistaxis. Et vous découvrirez au niveau de la zone décrite (fig. 3o3) à la partie antéro-inférieure de la cloison, soit des *croûtes sanguinolentes*, que vous enlèverez après ramollissement préalable avec de la vaseline, soit des *vaisseaux variqueux* et flexueux.

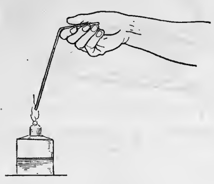


Fig. 313. — Cautérisation du nez au nitrate d'argent, dans l'épistaxis.

Pour détruire les petits vaisseaux de la cloison, source de l'hémorragie, on applique du nitrate d'argent à leur surface pendant quelques secondes. Au lieu d'introduire un crayon de nitrate dans le nez, qui pourrait se fracturer par un mouvement intempestif du malade, il est préférable de chauffer au rouge un long stylet boutonné à son extrémité.

L'indication est de détruire ce foyer vasculaire hémorragique en le transformant en tissu cicatriciel, au moyen de *cautérisations.* En une séance, deux ou trois au plus, on y arrive aisément. Voici comment. On applique sur la partie antéro-inférieure du septum un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 pour 100, qu'on laisse en place cinq minutes. Puis on cautérise les vaisseaux, soit avec un porte-coton très légèrement imbibé de la solution suivante :

Acide chromique	1 gramme.
Eau distillée.	2 —

et appliqué sur la région pendant une demi-minute, soit avec le *nitrate d'argent* à l'état solide. Dilatant le vestibule du nez avec le speculum, on applique un fragment de crayon de nitrate et on

cautérise jusqu'à production d'une escarre blanchâtre très épaisse. On essuie alors avec un tampon d'ouate les mucosités nasales du plancher sur lequel a fusé le nitrate fondu, de façon à éviter l'irritation de la muqueuse et l'éternuement consécutif.

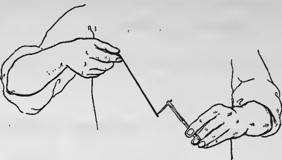


Fig. 314.
On prend le stylet de la main droite, tandis que la gauche tient un crayon de nitrate à l'extrémité d'une pince. Lorsque le stylet chauffé est devenu rouge, rapidement on applique le crayon à un centimètre au-dessus de son extrémité. Le nitrate entre en fusion, coule le long de la tige et vient former une petite gouttelette liquide à la pointe. Immédiatement on retire le crayon et on évite bien de remuer la main droite pendant quelques secondes. La gouttelette liquide se solidifie, prend une coloration grisâtre, et vous avez réalisé de la sorte à l'extrémité de votre stylet une petite perle caustique. Attendez le refroidissement et appliquez sur les vaisseaux de l'épistaxis.

Pendant les jours suivants, matin et soir, le malade aspirera de la vaseline ordinaire. On lui recommandera vivement l'absence de tout *grattage* ultérieur du nez qui entretiendrait l'érosion de la pituitaire.

ANOSMIE

C'est la diminution ou la perte de l'odorat.

Elle résulte d'une ***altération de la zone olfactive*** du nez, c'est-à-dire du tiers supérieur des fosses nasales.

L'olfaction ne se produit plus :

1° soit parce que le courant d'air ne peut plus arriver à impressionner la région olfactive : obstruction par rhinite hypertrophique, par des polypes ;

2° soit parce que la muqueuse est altérée : grippe, aspiration d'eau froide, etc. ;

3° soit par lésions nerveuses, périphériques ou centrales.

La *rhinoscopie* vous indiquera de suite s'il y a un obstacle mécanique à supprimer.

Si le sujet est névropathe, prescrire le traitement indiqué.

Si la cause échappe, tenter de réveiller la sensibilité de la muqueuse par des prises de la poudre suivante :

Sulfate de strychnine	10 centigrammes.
Sucre de lait	10 grammes.

Aspirer une pincée, quatre ou cinq fois par jour.

HYGIÈNE DU NEZ

Le nez a deux fonctions : *olfactive*, *respiratoire*.

L'***olfaction*** est souvent troublée après un coryza, une grippe, une obstruction du nez : c'est l'*anosmie*. Il y a indication à en rechercher rapidement la cause, car selon qu'il y a une lésion du système nerveux, ou simplement une obstruction nasale, le pronostic est variable.

La ***respiration nasale*** est nécessaire : 1° pour réchauffer et humidifier l'air qui pénètre dans les voies aériennes; 2° pour aérer normalement l'oreille moyenne.

L'obstruction nasale chez le **nourrisson**, entrave le développement, l'alimentation, empêche les tétées; d'où la nécessité d'éviter le coryza chez le nouveau-né.

Chez l'enfant et chez l'adulte, l'obstruction du nez détermine une série de symptômes qui ont été longuement étudiés. Il y aura lieu, chez les opérés de végétations, chez les faux adénoïdiens, ne sachant pas respirer par le nez, de faire une véritable **rééducation** respiratoire, de prescrire des exercices de gymnastique destinés à amener une expansion thoracique normale.

Apprendre à l'enfant à se moucher correctement, c'est-à-dire en soufflant alternativement par chaque narine, l'autre étant fermée, de façon à éviter la stagnation des mucosités dans le nez. Cette façon de libérer les fosses nasales, évite en outre le reflux par la trompe dans l'oreille moyenne, du mucus nasal, plus ou moins septique.

Interdire la toilette du nez, avec de l'eau, même bouillie, qui irrite et altère l'épithélium de la pituitaire; proscrire les lavages, qui sont inutiles et dangereux. Le simple nettoyage des narines à la serviette, suffit; au besoin l'aspiration de vaseline, avant un voyage en chemin de fer, en automobile, et dans les pays de poussière.

CHAPITRE III

SINUSITES DE LA FACE

NOTIONS PRATIQUES INDISPENSABLES

Il y a vingt ans, pas un étudiant n'avait l'occasion, dans ses deux années d'école pratique, de disséquer et de voir des sinus de la face. A cela, une excuse : la rhinologie n'était pas enseignée. Une seconde circonstance atténuante : il était peu question, à l'époque, de sinusites.

Actuellement, cette affection est mieux connue, d'autant que la grippe a singulièrement élargi le cadre des affections du nez.

Dans la clientèle mondaine, on est aussi au courant des sinusites que des végétations, de l'appendicite et de l'entérite ; on fait des inhalations, tout comme on suit un régime.

Il est donc *indispensable pour le praticien*, d'avoir des *notions* sommaires :

1° sur l'*anatomie* des sinus de la face ;
2° sur leurs *voies d'infection* ;
3° sur les *symptômes* des sinusites et leur *diagnostic* ;
4° sur la *thérapeutique d'urgence* qu'il peut appliquer.

I. — ANATOMIE SOMMAIRE

Les trois schémas suivants rappellent les notions anatomiques nécessaires à connaître sur les sinus de la face.

La figure 315 montre sur un crâne, à gauche, au-dessus de l'arcade de l'orbite, un os frontal normal ; au-dessous de l'orbite, la fosse canine. Si l'on trépane l'os en ces deux points, on rencontre deux cavités ; à droite, vous voyez représenté, en haut le *sinus frontal* ; en bas le *sinus maxillaire*.

Ces cavités pneumatiques, symétriques, encadrent les fosses

nasales et l'orbite, elles communiquent avec le nez. Leur rôle physiologique, presque nul, ne sert guère qu'à exercer la sagacité thérapeutique ou opératoire des rhinologistes. Il est clair, en effet, que la libre communication de ces chambres à air avec le nez, établit une voie toute tracée pour l'infection.

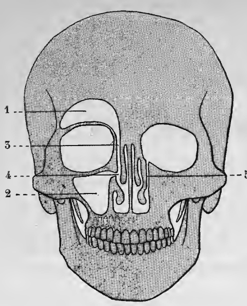


Fig. 315. — Anatomie des sinus de la face.

1. *Sinus frontal.* — 2. *Sinus maxillaire.* — 3. *Canal naso-frontal* qui fait communiquer le sinus frontal avec le méat moyen. — 4. *Orifice* du sinus maxillaire. — 5. *Canal lacrymo-nasal*, dont l'orifice inférieur s'abouche dans le méat inférieur.

Considérez maintenant la figure 316 qui représente une coupe verticale et transversale de la face.

Le ***sinus maxillaire*** est en rapport, en bas, avec les racines dentaires de la deuxième petite molaire supérieure, première et deuxième grosses molaires, qu'on pourrait désigner sous le nom de **dents sinusiennes**; d'où les infections sinuso-dentaires si fréquentes.

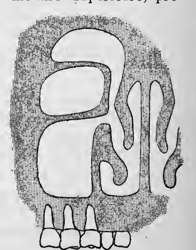


Fig. 316. — Rapports de voisinage des sinus frontal et maxillaire, avec le système dentaire, l'orbite et les fosses nasales.

D'autre part, sa paroi interne forme la paroi externe de la fosse nasale. Et enfin, dernière remarque intéressante, ce sinus communique avec le nez par un orifice placé, non à la partie déclive, comme le robinet d'une barrique, mais à la partie supérieure, et débouche dans le méat moyen. La situation de cet orifice est fort mal disposée pour le drainage de la cavité quand elle est remplie de

pus, elle ne se vide alors que par regorgement. En haut, la paroi du sinus constitue le *plancher de l'orbite*, relation qui explique les périostites et phlegmons orbitaires consécutifs aux suppurations sinusales.

Le ***sinus frontal***, placé au-dessus de l'arcade sourcilière, constitue une cavité très irrégulière, multiloculaire souvent, logée dans un dédoublement de l'os frontal (fig. 317). Il répond, par conséquent : en arrière, au cerveau ; en bas, à l'orbite ; en dedans il est séparé de son congénère par une mince lame osseuse.

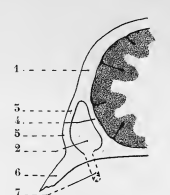


Fig. 317. — Le sinus frontal.

1. L'os frontal. — 2. Le sinus. — 3. Sa paroi antérieure, constituée par la table externe de l'os du front. — 4. Sa paroi postérieure ou crânienne, formée par la table profonde de l'os frontal. — 5. Arcade sourcilière. — 6. Os propres du nez. — 7. Canal naso-frontal.

Ces relations anatomiques font immédiatement comprendre la propagation des sinusites frontales : 1° vers les méninges ; 2° vers l'œil ; 3° dans le sinus opposé, et la gravité de ces suppurations.

Ce n'est pas tout ; ce sinus se termine en bas, par un canal osseux, long et étroit, le **canal naso-frontal**, qui débouche dans le nez au niveau du méat moyen, tout près de l'orifice du sinus maxillaire. Sinus et canal représentent une sorte de bouteille dont le corps serait très renflé et le goulot fortement coudé.

D'où deux *déductions cliniques* très importantes :

1° Le canal est si étroit que, si sa lumière est obstruée par la muqueuse tuméfiée ou par des fongosités, le sinus est transformé en une cavité close, d'où rétention. Concluez, par analogie, avec ce qui se passe dans l'appendicite ; d'un côté le péritoine, de l'autre les méninges ; heureusement que le crâne résiste longtemps.

2° L'orifice d'abouchement de ce canal, dans le méat moyen, est à proximité de celui du sinus maxillaire : voilà pourquoi tant de sinusites frontales se compliquent de sinusites maxillaires et réciproquement.

Enfin, considérez la fig. 318, qui représente une coupe des fosses nasales d'avant en arrière. Une partie du cornet moyen a été réséquée (il ne persiste que la tête et la queue), pour montrer

tout le méat moyen qui constitue un carrefour d'abouchement des orifices de presque tous les sinus. Vous voyez, en avant, l'orifice inférieur du canal naso-frontal, l'orifice du sinus maxillaire et une série de cellules osseuses dont les unes entourent le canal naso-frontal et les autres se propagent en arrière : ce sont les ***cellules ethmoïdales***, ou ***ethmoïde***. Elles aussi, s'ouvrent dans le méat moyen. Cette relation de continuité explique que souvent on se trouve en présence, non pas d'une, mais d'une bi ou d'une trisinusite : frontale, ethmoïdale ou maxillaire.

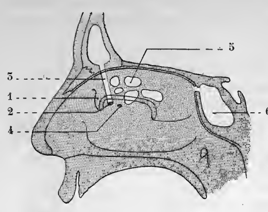


Fig. 318. — L'importance du méat moyen dans la pathologie des sinus.

1. Tête du *cornet moyen*. — 2. *Orifice* d'abouchement du canal fronto-nasal, dans ce méat. — 3. Le *canal*. — 4. Orifice d'abouchement du *sinus maxillaire*. — 5. *Cellules ethmoïdales*. — 6. *Sphénoïde*.

Tout à fait en arrière enfin, le ***sinus sphénoïdal***, qui forme une partie du plancher du crâne et de la voûte du pharynx, dont l'orifice est très haut situé, comme celui du sinus maxillaire, mauvais drainage par conséquent pour ses suppurations.

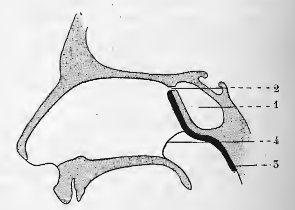


Fig. 319. — Le sinus sphénoïdal.

1. *Cavité* du sinus. — 2. Son *orifice*. — 3. L'écoulement du *pus* sur la paroi pharyngée, dans les sphénoïdites. — 4. Bord postérieur du *vomer*.

II. — COMMENT ÉCLATE UNE SINUSITE

J'élimine les *causes traumatiques* : fractures du frontal ou du maxillaire supérieur, qui sont extrêmement rares.

Dans l'immense majorité des cas, les sinusites reconnaissent : 1° soit une ***origine dentaire***; 2° soit une ***origine nasale***. Les notions anatomiques précédentes expliquent cette pathogénie.

1° *ORIGINE DENTAIRE*

La paroi inférieure du sinus maxillaire, nous l'avons vu, est en partie formée par le rebord alvéolaire supérieur. Trois molaires (la deuxième petite, la première et la deuxième grosses), ont leurs racines avoisinant la cavité sinusienne (fig. 320). Ces racines sont parfois séparées du sinus par une mince couche osseuse, d'autres fois elles affleurent son plancher, quelquefois enfin, elles plongent dans la cavité. Qu'un abcès éclate au niveau de ces racines, il risque, par ostéite de voisinage ou directement en s'ouvrant dans le sinus, d'infecter ce dernier : c'est là toute la *pathogénie des sinusites maxillaires d'origine dentaire*.

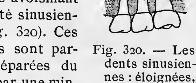


Fig. 320. — Les dents sinusiennes : éloignées, affleurantes, plongeantes.

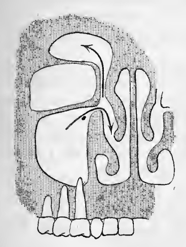


Fig. 321. — Marche du pus dans les sinusites maxillaires d'origine dentaire.

Le pus sinusien, arrivé dans le méat moyen, peut *bifurquer* : souvent il se déverse dans le nez, mais il risque aussi d'infecter le sinus frontal par voie ascendante, puisque l'orifice de ce dernier est tout proche.

2° *ORIGINE NASALE*

C'est **la cause la plus fréquente** des sinusites. La *grippe* surtout, les infections nasales de toutes sortes au cours des maladies générales, propagent la rhinite au sinus ; il se fait une infec-

tion en Y qui, partie du méat moyen n'a que le choix entre le sinus maxillaire et le frontal, ou les deux à la fois.

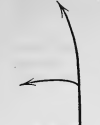


Fig. 322. — Infection en Y dans les sinusites grippales.

Remarque importante. — Le voisinage des orifices sinusiens fait que ces cavités s'infectent très souvent secondairement et que l'inflammation de l'une se propage fréquemment à l'autre.

III. — DIAGNOSTIC DES SINUSITES A L'USAGE DES PRATICIENS

Nous avons vu comment les cavités de la face pouvaient s'infecter. Cette infection se traduit par une suppuration, un abcès, une sinusite en un mot, qui peut être aiguë ou chronique.

Il y aura donc lieu, pour le médecin, de savoir reconnaître :

1° une sinusite *aiguë*;

2° une sinusite *chronique*;

3° *quel est le sinus atteint* : frontal, maxillaire, ethmoïdal ou sphénoïdal.

J'ajoute aussitôt que le sphénoïdal est rarement pris; quant à l'ethmoïde, il est beaucoup moins atteint que les deux premiers. Donc, en pratique, lorsqu'on parle d'une sinusite, il est presque toujours question d'une frontale ou d'une maxillaire.

1° *SINUSITES AIGUËS*

Elles reconnaissent une origine soit dentaire, soit plus souvent nasale.

A. — *SINUSITES AIGUËS D'ORIGINE NASALE, GRIPPALE*

Voilà un type clinique singulièrement fréquent que vous observerez chaque hiver, dans la clientèle, au cours de la grippe.

Tableau clinique. — Un malade grippé fait appeler le médecin pour des **douleurs faciales** violentes, apparues brusquement, unilatérales ou symétriques, siégeant au niveau de la région frontale ou de la joue. Ces douleurs sont **atroces**, irradiées aux dents, à la face, dans toute la tête et, caractère important, elles sont **périodiques**, souvent apparaissant à une heure déterminée de la journée pour disparaître quelques heures plus tard. Elles

sont extrêmement aiguës. J'insiste beaucoup sur ce point, peu de calmants les atténuent.

Elles s'accompagnent d'une **obstruction du nez** des plus marquées; de plus, d'une ***rhinorrhée purulente*** intense. Le malade salit une demi-douzaine de mouchoirs par jour, qui sont tachés, comme empesés, transformés en une carte géographique. Ce n'est pas du muco-pus, épais, jaunâtre, comme celui qui marque la fin d'un coryza; mais plutôt un liquide filant, séro-purulent. Parfois le malade expectore du pus qui « tombe du nez dans la gorge ». Il attire l'attention sur ce fait, que parfois les douleurs cessent au moment où se fait l'écoulement, l'apparition de cette sorte de vomique met fin à la rétention.

Peu ou pas de fièvre, à part les symptômes généraux déterminés par la douleur et l'insomnie.

B. — *SINUSITES AIGUËS D'ORIGINE DENTAIRE*

Ce sont des sinusites maxillaires.

Tableau clinique. — Il s'agit toujours d'un malade qui a un **passé dentaire.** Le dentiste a déjà traité des molaires supérieures, il y a eu des obturations, des plombages, des aurifications, des « travaux d'art », quelquefois des abcès palatins, des

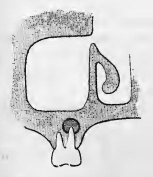


Fig. 323. — Origine dentaire de la sinusite maxillaire.

On voit, au niveau de l'apex d'une molaire, un petit abcès en formation dans la paroi alvéolaire.

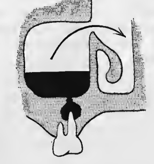


Fig. 324. — Ouverture de l'abcès dans le sinus.

abcès gingivaux avec fistulette alvéolaire, des fluxions de la joue, bref, un beau jour, au cours d'une rage de dents, avec ou sans fluxion, ou même tout à fait « à froid, » sans le moindre pro-

drome, le malade est pris de douleurs atroces, violentes, dans les os de la face; un abcès s'est formé au niveau de la racine d'une molaire et a déterminé une ostéite de voisinage, pour finalement s'ouvrir dans le sinus.

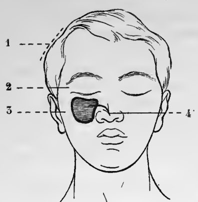


Fig. 325. — Symptômes de la sinusite maxillaire.

1. Siège de la céphalée, qui est localisée. — 2. Douleurs péri-orbitaires. — 3. Névralgie faciale. — 4. L'écoulement de pus, *unilatéral*, par la fosse nasale correspondante.

Quelques jours après, ces douleurs s'atténuent et le malade mouche du pus très fétide, il a une odeur nauséabonde dans le nez et cette fétidité est perceptible pour le sujet seul, non pour l'entourage; on la désigne sous le nom de ***cacosmie subjective***, au contraire de l'ozène vrai, de la syphilis tertiaire, dont l'odeur s'objective.

C. — *S'AGIT-IL D'UNE SINUSITE FRONTALE, MAXILLAIRE, ETHMOÏDALE OU SPHÉNOÏDALE*

Vous êtes en présence d'une sinusite, mais quel est son siège? Est-elle maxillaire ou frontale, ou même fronto-maxillaire? Ce point est très difficile à éclaircir, étant donné les moyens d'exploration très restreints dont vous disposez, c'est-à-dire le raisonnement et un speculum du nez [1].

Soyez rassuré; le traitement est le même.

Toutefois une exploration minutieuse du malade peut donner un *diagnostic de présomption*.

L'examen extérieur de la face ne révèle parfois rien. Il est, en effet, exceptionnel de constater un ***œdème rouge du front***,

[1] Le rhinologiste peut faire séance tenante un diagnostic de certitude, au moyen de plusieurs procédés, dont voici les deux principaux :

a) **L'éclairage de la face par transparence**, dans la chambre noire. Une petite lampe placée dans l'angle supéro-interne de l'orbite doit illuminer tout le sinus frontal, s'il est sain et vide; s'il est plein de pus, c'est-à-dire s'il y a sinusite, il reste obscur (fig. 326).

De même pour le sinus maxillaire; une lampe placée dans la cavité buccale, éclaire toute la joue, le fond de l'œil; s'il y a sinusite, le sinus reste noir et opaque (fig. 327).

b) **La ponction du sinus maxillaire**, faite à travers le nez, par le méat inférieur, révèle aussi immédiatement, s'il y a ou non, du pus (fig. 328).

de la paupière supérieure et de l'angle supéro-interne de l'orbite.

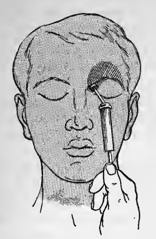


Fig. 326. — Éclairage du sinus frontal.

Tache obscure, au-dessus du sourcil gauche, indiquant la présence du pus : il y a sinusite. Les rayons lumineux, en effet, ne peuvent traverser la couche opaque formée par la suppuration. Le sinus droit, au contraire, est normal; il contient de l'air, bon conducteur de la lumière.

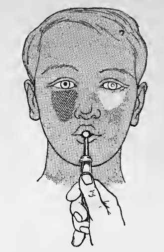


Fig. 327. — Éclairage des sinus maxillaires.

Il y a une sinusite maxillaire droite, car : 1° la région sous-orbitaire est obscure; 2° la pupille ne s'illumine pas. Le sinus gauche est normal : la pupille est claire et l'on voit le fond de l'œil, d'autre part il y a un croissant lumineux sous-orbitaire.

En ***palpant le sinus frontal*** en deux points : 1° au niveau de sa paroi antérieure, c'est-à-dire un peu au-dessus de la racine interne du sourcil, et 2° dans l'angle supéro-interne de l'orbite,

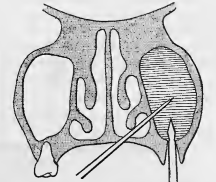


Fig. 328. — Ponction exploratrice du sinus maxillaire.

Un trocart enfoncé par le nez, dans le méat inférieur, perfore aisément la paroi externe sinusienne de la fosse nasale. Un lavage aseptique du sinus peut être fait par ce trocart : s'il y a sinusite, il sort du pus; si la cavité est saine, l'eau ressort claire.

Un second trocart, perforant la paroi inférieure, alvéolaire, est représenté. Très souvent, en effet, après l'extraction d'une molaire cariée ayant déterminé un empyème sinusien, le dentiste agrandit l'ouverture alvéolo-sinusienne au moyen d'un trocart et pratique un lavage de la cavité. Dans les cas récents, la guérison est presque la règle.

la pression de la pulpe de l'index provoquera quelquefois une vive douleur.

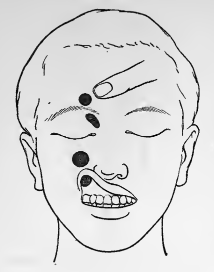


Fig. 329. — Recherche des points douloureux dans les sinusites.

L'exploration du sinus maxillaire se fera de même, mais au niveau de la fosse canine, à travers la joue et en soulevant celle-ci avec le doigt.

L'***examen du système dentaire***, soigneusement pratiqué, montre des lésions variables : fluxion jugale, ostéopériostite alvéolaire, fistulette de la racine, carie de la dent, une dent bien aurifiée; parfois même rien. De toutes façons, passez la main au dentiste.

La rhinoscopie ne révèle souvent aucune lésion, sinon une occlusion complète de la fosse nasale par tuméfaction de la muqueuse des cornets. Faites alors renifler quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 pour 100 additionnée de 2 gouttes d'adrénaline au millième, et cinq minutes après vous apercevrez le ***méat moyen rempli de pus épais***, crémeux, qui s'écoule presque sous vos yeux.

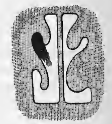


Fig. 330. — Diagnostic des sinusites par la rhinoscopie.

Dans la fosse nasale gauche, on voit un gros cornet inférieur. A droite, au contraire, le cornet a été rétracté par la cocaïne-adrenaline, et on aperçoit un écoulement purulent dans tout le méat moyen.

La pharyngoscopie montrera parfois une traînée purulente, tapissant la paroi postérieure de la gorge.

La rhinoscopie postérieure enfin, montre du pus au niveau des choanes et de la queue des cornets, c'est un élément de diagnostic extrêmement important.

En résumé, le médecin peut avoir des présomptions sur :

le **diagnostic d'une sinusite frontale**, par le siège des douleurs, leur caractère spontané, la pression au niveau du front, et surtout par le caractère périodique des accès douloureux;

le **diagnostic d'une sinusite maxillaire**, par les lésions dentaires et également par la localisation des douleurs;

le **diagnostic d'une ethmoïdite** est très difficile ; pas de signes fonctionnels précis en effet, beaucoup de polypes dans le nez. Un seul signe de certitude, mais qui n'est pas à recommander à des mains inexpertes en rhinologie, car la manœuvre peut être dangereuse : c'est l'exploration de l'ethmoïde, au moyen d'un stylet, qui fait parfois découvrir des points osseux nécrosés.

le **diagnostic de la sphénoïdite** se fait mieux. La situation même de ce sinus explique la localisation des douleurs à la région occipitale (signe pathognomonique), avec parfois tension rétro-oculaire. L'écoulement de pus se fait surtout dans la gorge et la rhinoscopie postérieure montre une nappe purulente plaquée à la voûte du pharynx.



Fig. 331. — Diagnostic de la sphénoïdite par les trois symptômes indiqués sur le schéma.

2° *SINUSITES CHRONIQUES*

Le praticien doit bien savoir qu'un seul symptôme peut le mettre sur la piste d'une sinusite chronique, c'est la présence de *pus dans le méat moyen*.

1° Le diagnostic de sinusite chronique peut être une *trouvaille de speculum*. C'est ainsi que, consulté pour un trouble nasal quelconque, si le médecin constate du pus au lieu d'élection, il doit alors penser immédiatement à une sinusite sous roche.

2° Très souvent, le malade accuse un « coryza chronique », un enchifrènement persistant, datant de plusieurs mois ou de quelques années, dont il ne se rappelle plus le mode de début, qui se traduit par une obstruction du nez, un *écoulement purulent* parfois et surtout par de la *cacosmie subjective*, qui se produit par bouffées d'odeur désagréables et fétides. Le pus s'écoule quelquefois aussi dans le pharynx et la déglutition entraîne des *troubles digestifs*.

La rhinoscopie antérieure révèle la présence de *pus dans le méat*

moyen et bien souvent des polypes. A la rhinoscopie postérieure on aperçoit le *pus sur la queue du cornet inférieur.*

Vous faites donc le diagnostic de sinusite probable.

Quelle est la **variété** : maxillaire ou frontale? Ici encore, comme pour les sinusites aiguës, vous ne pouvez faire qu'un diagnostic de présomption, puisque les signes de certitude : éclairage et ponction, vous font défaut.

IV. — TRAITEMENT

Il faut soigner les sinusites de la face et ne pas trop escompter leur guérison spontanée (celle-ci est en effet possible, lorsque le

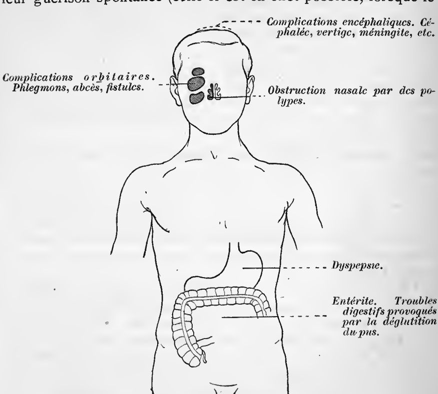


Fig. 332. — Complications des sinusites.

La plupart résultent de l'oblitération des orifices sinusiens, d'où formation d'une cavité close et accidents de rétention. La sinusite *ouverte* devient une sinusite *fermée*. D'autres complications proviennent de la déglutition du pus.

drainage de la cavité malade est suffisant et que l'affection est de courte durée). Il faut donc traiter les sinusites :

1° pour **calmer les douleurs** de la période aiguë et tarir la suppuration;

2° pour éviter la **chronicité**;

3° et les **complications** (fig. 332).

Le traitement peut être schématisé de la façon suivante. Il importe d'établir une distinction capitale entre :

1° la thérapeutique des *sinusites aiguës*, du ressort des *praticiens*;

2° le traitement des *sinusites chroniques*, du ressort des *rhinologistes*.

I. — *TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUËS PAR LE MÉDECIN*

Deux cas bien tranchés.

a) la sinusite est d'*origine dentaire*, par conséquent maxillaire. Elle relève des soins du dentiste, et dans l'immense majorité des cas, la suppuration se tarit dès que la cause est supprimée : désobturation, traitement de l'abcès de la racine, extraction d'un chicot, d'une dent cariée...;

b) la sinusite est d'*origine nasale*, grippale, et semble affecter indifféremment le sinus maxillaire ou frontal, ou même les deux simultanément.

L'**indication** est de favoriser l'écoulement du pus qui, en faisant cesser la rétention, calmera la douleur. Or, il n'est point de pommade, de poudre, ou même de lavages, qui pénètrent dans les sinus à travers leurs minuscules orifices. Il n'existe qu'un seul procédé, c'est l'emploi de vapeurs volatiles qui, à travers le méat moyen, fluidifieront la sécrétion, décongestionneront la muqueuse et faciliteront le drainage.

Vous prescrirez :

a) des ***inhalations*** très chaudes d'alcool mentholé :

Alcool à 90°.	200 grammes.
Menthol.	10 —

Une cuiller à café dans l'eau de l'inhalation. Faire 10 ou 12 inhalations quotidiennes, selon la technique prescrite page 185.

S'il y a obstruction du nez empêchant la pénétration de la vapeur, prescrivez cinq minutes avant l'inhalation, l'aspiration par les narines, sur un tampon d'ouate hydrophile, ou la pulvérisation dans le nez, à l'aide d'un petit pulvérisateur de toilette, de quelques gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	25 centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline au millième.	2 grammes.
Solution du sérum physiologique à 7,5 p. 1000	50 —

b) l'application de ***compresses humides chaudes*** sur la joue et le front, pour atténuer la douleur;

c) des ***calmants*** : aspirine, bromure, etc., avec séjour et repos à la chambre;

d) des ***pansements*** quotidiens ou bi-quotidiens en cas de rétention douloureuse, exécutés sous le contrôle du speculum; cocaïnisez le nez avec une solution de cocaïne et d'adrénaline à 1 pour 50, au niveau du méat moyen; la rétraction de la muqueuse, sous l'influence vaso-constrictive de l'adrénaline, dégagera l'orifice du sinus et facilitera l'écoulement du pus.

Voilà tous les moyens dont dispose le médecin pour mener à bien une sinusite purulente et grippale qui a, du reste, très souvent la plus grande tendance à la guérison spontanée.

Vous observerez alors une sédation des douleurs, avec diminution de l'écoulement et dans un temps variable, entre dix à vingt jours, la guérison complète. Le méat moyen ne renferme plus une goutte de pus.

En cas de *complications* tout à fait exceptionnelles du reste : phlegmons de l'orbite, accidents intra-craniens, prenez un avis rhinologique ou chirurgical.

II. — *TRAITEMENT DES SINUSITES CHRONIQUES PAR LE RHINOLOGISTE*

Un médecin averti doit être au courant des soins que réclame une sinusite chronique et que le rhinologiste pourra donner au malade.

Fig. 333. — Traitement rhinologique, « *conservateur* », de la sinusite maxillaire.

Lavages du sinus pratiqués au moyen d'une ponction faite à travers le méat inférieur de la fosse nasale.

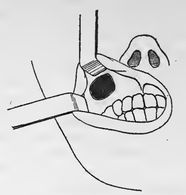
1° *Dans les sinusites maxillaires.*

a) On commence par supprimer la cause de l'infection, c'est-à-dire par recommander une ***toilette dentaire.***

b) Si la suppuration persiste, le rhi-

nologiste institue un traitement conservateur, consistant en ***lavages du sinus*** à travers le méat moyen du nez.

c) Et enfin, en cas d'échec, au bout de dix à quinze lavages, il pratique la ***cure radicale*** en trépanant la fosse canine. On vide le sinus, on curette par cette voie les fongosités ; on établit une contre-ouverture par le nez et finalement, on suture la muqueuse gingivale.



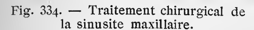


Fig. 334. — Traitement chirurgical de la sinusite maxillaire.

2° *Dans les sinusites frontales.*

a) On favorise le drainage du sinus en supprimant tous les obstacles qui obstruent l'orifice inférieur du canal : ablation des polypes, résection du cornet moyen, curettage de l'ethmoïde.

b) En cas d'échec, on ***trépane le sinus frontal*** par voie externe, en incisant le sourcil (ce qui masque la cicatrice).

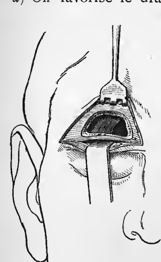


Fig. 335. — Trépanation du sinus frontal.

3° *Dans les ethmoïdites et les sphénoïdites.*

On ouvre et on curette d'abord par voie nasale, toutes les cellules ethmoïdales, ostéo-fongueuses, ainsi que le sphénoïde, et si la suppuration persiste, il faut trépaner l'une ou l'autre de ces cavités par voie orbitaire.

Ce que le médecin doit éviter.

1° C'est de **méconnaître** une sinusite, en portant un faux diagnostic de névralgie faciale, de névralgie du trijumeau ; en ne pratiquant pas la rhinoscopie et en omettant l'exploration des sinus.

L'erreur de diagnostic **entraîne** comme corollaire, une grave erreur de traitement;

2° C'est de ne pas constater la **guérison rhinoscopique** de la sinusite, c'est-à-dire l'absence de toute goutte de pus dans le nez, après la cessation apparente de l'écoulement et la terminaison des douleurs. Analogie de la sinusite avec l'urétrite, qui peut persister à l'état de « goutte militaire ».

Il peut résulter de ces deux fautes, soit le passage de la sinusite à l'**état chronique**, soit des **complications**.

3° C'est de faire des **traitements** :

a) **anodins**, tels que prescription de pommades, de poudres, etc...;

b) **dangereux**, tels les lavages du nez qui peuvent provoquer une otite suppurée;

c) **préhistoriques**, qui consistent, par exemple, dans l'extraction de la molaire cariée, l'installation d'un drain sinusien à travers l'alvéole et des lavages du sinus à perpétuité par cette voie. La chute du pus dans la cavité buccale condamne le malade à prendre tous ses repas à la « mayonnaise purulente ».

CHAPITRE IV

MALADIES DU NASO-PHARYNX OU CAVUM

Le cavum joue un rôle capital dans la pathologie infantile, puisque, siège des végétations adénoïdes, il est la source de tant d'infections pharyngées, auriculaires, pulmonaires et digestives.

Le médecin doit se rappeler :

1° quelques notions *anatomiques,* indispensables;

2° les *procédés d'exploration* du pharynx supérieur;

3° les agents *thérapeutiques* les plus courants ;

4° les principales *affections* de cette cavité.

I. — *NOTIONS ANATOMIQUES*

Elles sont contenues dans les deux schémas suivants :

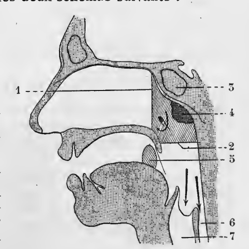


Fig. 336. — Anatomie schématique du cavum.

Le cavum constitue le dôme ou la voûte du pharynx; il forme l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le cavum ou rhino-pharynx a pour limites *virtuelles* : en avant, un plan vertical (1) passant par l'orifice postérieur des fosses nasales; en bas, une ligne fictive (2) prolongeant en arrière le voile du palais jusqu'à la colonne vertébrale.

Il est en rapport avec le sphénoïde, en haut (3); avec l'amygdale, en bas (5). On voit le siège des végétations adénoïdes et le point de départ, assez fréquent, des polypes naso-pharyngiens (4).

Enfin, les trois flèches indiquent la direction centrifuge suivie par les *infections* qui partent de ce carrefour pharyngo-nasal : infections auriculaires, digestives (6) et laryngées (7).

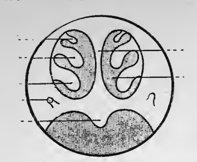


Fig. 337. — Paroi antérieure du cavum.

Lorsqu'on introduit un miroir en arrière de la luette, c'est-à-dire en pratiquant la rhinoscopie postérieure, on aperçoit les orifices postérieurs des fosses nasales, séparés par le vomer et qui constituent la paroi antérieure du rhinopharynx.

II. — *PROCÉDÉS D'EXAMEN DU NASO-PHARYNX*

Deux procédés :

1° **l'examen visuel** :

a — par la *rhinoscopie antérieure* (p. 166);

b — par la *rhinoscopie postérieure* (p. 171).

2° le **toucher** :

Cette méthode a été décrite (p. 178).

Le médecin doit savoir d'une manière générale, que les indications de ces procédés sont les suivantes :

Chez l'*enfant* au-dessous de sept ans, faites le *toucher*; chez l'*adulte*, pratiquez la rhinoscopie postérieure : le toucher à cet âge doit être exceptionnel.

Le toucher, chez l'enfant, renseignera sur l'existence des végétations adénoïdes et des queues de cornet.

La rhinoscopie, chez l'adulte, montrera la présence du *pus* (sinusites), la *perméabilité* du cavum ou son obstruction par des tumeurs, des végétations, des queues de cornet, etc.

III. — *AGENTS THÉRAPEUTIQUES*

Je rappelle simplement que les seuls modes de traitement à appliquer par le malade lui même, sont : le *bain nasal*, l'*inhalation*, le *lavage*, tels qu'ils ont été décrits dans les maladies du nez (p. 182).

Mais il faut bien savoir que le *nettoyage* du naso-pharynx est beaucoup plus difficile à réaliser que celui du nez, en raison de l'abondance, de la consistance et de l'adhérence des sécrétions, que le courant d'air ne peut entraîner. Aussi la thérapeutique est-elle moins active.

La douche rétro-nasale et les badigeonnages du cavum sont assez délicats à pratiquer.

IV. — *MALADIES DU NASO-PHARYNX*

Par ordre de fréquence, voici les affections les plus courantes : le *catarrhe aigu* et *chronique*, les *végétations adénoïdes* qui résument toute la pathologie infantile du cavum, les *queues de cornet*, la *syphilis*, la *tuberculose*, les *polypes naso-pharyngiens*.

CATARRHE AIGU OU ADÉNOÏDITE DES ENFANTS

C'est l'inflammation aiguë de la muqueuse du pharynx nasal, analogue aux rhinites, aux laryngites aiguës, etc. Et, comme chez l'enfant cette muqueuse présente souvent du tissu adénoïde, on dit qu'il y a **adénoïdite.**

Cette adénoïdite joue un si grand rôle dans les maladies du jeune âge, qu'il y a intérêt majeur pour le praticien à la reconnaître et à savoir la traiter.

I. — *IMPORTANCE DE L'ADÉNOIDITE AIGUË CHEZ L'ENFANT*

L'examen de la figure 338 vous montre toutes les réactions locales et à distance que peut provoquer l'inflammation du naso-pharynx.

L'évolution naturelle de cette maladie, si banale, se fait vers la sens des flèches du schéma, c'est-à-

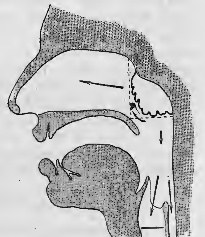


Fig. 338. — Les symptômes de l'adénoïdite aiguë s'expliquent par ce schéma.

L'inflammation aiguë des végétations adénoïdes constitue une véritable *amygdalite pharyngée supérieure* qui détermine :

1° Des *symptômes généraux* : l'enfant est fébrile, a 39°, 40° et présente tous les caractères d'une maladie infectieuse ;

2° Des *signes locaux* : obstruction du nez, impossibilité de se moucher, nasonnement, écoulement des mucosités dans le

dire par les narines (*rhinorrhée*), dans le pharynx (*toux*), dans le larynx et les voies aériennes (*laryngites, bronchites*), dans les voies digestives (*entérite*), parfois dans les trompes (*otites*).

Chez le jeune enfant, le diagnostic se fait à l'aide de tous ces signes et surtout par la constatation de ce symptôme capital, pathognomonique : la *chute des mucosités* de l'arrière-nez dans le pharynx.

Très souvent enfin, on note une adénopathie sous-maxillaire parfois si intense qu'on a décrit, à tort, l'adénoïdite sous le nom de fièvre ganglionnaire.

guérison, mais en provoquant parfois des complications sérieuses : *otites*. D'autre part, la récidive de ces poussées inflammatoires entraîne à la longue l'hypertrophie du tissu adénoïde, d'où grosses végétations, **troubles auditifs, obstruction nasale, entérite**, etc.

II. — *TRAITEMENT*

1. — *Le médecin doit éviter.*

1° D'ordonner des ***lavages du nez***, des aspirations d'eau bouillie, qui peuvent être extrêmement dangereux pour l'oreille. L'eau, qui pénètre dans le nez, rencontrant une résistance dans le cavum, tend à pénétrer sous pression dans l'oreille moyenne et à l'infecter.

2° De recommander à la mère de ***moucher*** l'enfant avec force, toujours dans la crainte de contaminer l'oreille.

3° De conseiller l'***opération*** des végétations, en pareil cas, pour deux raisons : 1° l'intervention portant sur un foyer infecté, risque de provoquer des accidents **très dangereux** : inflammatoires, hémorragiques ou septicémiques; 2° d'autre part, il suffit de raisonner pour une adénoïdite aiguë comme pour une amygdalite ordinaire : que de fois, au cours des angines, les amygdales sont-elles grosses, énormes, et la crise passée, tout rentre dans l'ordre, les tonsilles reprennent leur volume normal, sans qu'il soit besoin d'exciser. De même, la poussée adénoïdienne une fois guérie, il ne reste souvent qu'un tissu adénoïde si peu abondant que l'opération est tout à fait inutile. Elle n'est indiquée que si les récidives inflammatoires deviennent fréquentes.

2. — *Le médecin prescrira*

a) — Un *traitement général* : séjour de l'enfant à la chambre, repos au lit, diète ou alimentation liquide ; liberté du ventre. Traitement symptomatique.

b) — Un *traitement local*, c'est-à-dire des **instillations** nasales dans la première enfance (3 ou 4 fois par jour); après avoir fait moucher le petit malade, verser dans chaque narine, au moyen de la seringue de Marfan, ou d'une simple cuiller à café, la tête étant renversée, 3 à 4 gouttes d'huile de vaseline, faiblement camphrée, eucalyptolée ou mentholée, à 1 pour 150.

Des **pommades**, aux mêmes doses, si l'enfant est plus grand;

Des **inhalations** émollientes avec un inhalateur quelconque, celui de Nicolaï, de Moura par exemple. L'eau chaude sera additionnée d'une cuiller à café de teinture d'eucalyptus, de benjoin, etc. Faire 4 ou 5 instillations quotidiennes, d'une durée de cinq minutes chacune.

c) — Pour **éviter la récidive** trop fréquente des crises d'adénoïdite aiguë, on recommandera l'*ablation des végétations*; ou, si l'état général de l'enfant le commande, une *cure thermale* sulfureuse, Uriage par exemple, chez les lymphatiques; ou arsenicale, la Bourboule, chez les anémiques.

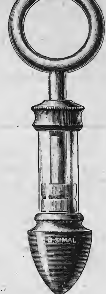


Fig. 339. — Seringue de Marfan.

EVOLUTION DU CATARRHE AIGU DU NASO-PHARYNX CHEZ L'ADULTE

Cliniquement, l'affection est plus rare que chez l'enfant, elle est toujours consécutive à un coryza aigu et les réactions sont beaucoup moins vives. Le malade racle, mouche, renifle, expectore des mucosités rhino-pharyngées visqueuses ; il a de l'otalgie.

Le diagnostic se fait très facilement par les rhinoscopies, antérieure et postérieure.

Quant au traitement, il sera moins sévère que précédemment, il comportera souvent la prescription d'inhalations, la curette à froid, s'il y a un reliquat de végétations de la première enfance ; des cures au Mont-Dore, et une hygiène nasale et générale pour éviter le coryza.

CATARRHE CHRONIQUE NASO-PHARYNGIEN

Chez l'enfant, ce catarrhe est fonction de végétations adénoïdes.

Chez l'adulte, il en est autrement et alors ;

VOUS SEREZ CONSULTÉ

Par des malades qui éprouvent une ***gêne***, une ***sécheresse***, des ***picotements***, *entre le nez et la gorge*, au-dessus de la luette. Ces troubles sont accusés surtout le matin et accompagnés au réveil d'une ***expectoration***, soit croûteuse, soit visqueuse, grisâtre, très peu abondante, et hors de proportion avec les efforts que fait le sujet pour s'en débarrasser. Il renifle, aspire, souffle, crache, renâcle, a la gorge sèche, et cela indéfiniment; à la longue, il en résulte des troubles de l'état général, une véritable neurasthénie. Et parfois, de la céphalée occipitale, des troubles auriculaires et de la dyspepsie, par infection descendante due à la déglutition des mucosités.

Ces malades sont souvent des arthritiques, tabagiques, parfois alcooliques, ayant une mauvaise hygiène naso-pharyngée, sujets à des coryzas aigus ou à une rhinite chronique, ou même présentant une sinusite latente dont le pus à la longue a infecté la muqueuse.

A L'EXAMEN DU PHARYNX ET DU RHINO-PHARYNX

Vous constaterez dans le pharynx buccal la présence, soit d'une ***croûte*** jaune verdâtre adhérente à la paroi postérieure, provenant de l'arrière-nez, soit d'une nappe de ***sécrétions*** muco-purulentes descendant de la même source.

Si le malade, à la suite d'un effort, arrive à expectorer et à nettoyer la région, la *muqueuse* pharyngée vous apparaîtra tantôt *rouge*, vernissée, luisante; tantôt pâle, amincie, atrophiée; d'autres fois enfin, surtout dans le cavum, elle est *tuméfiée*, plissée, avec des sillons et des recessus remplis de mucosités.

C'est dire que la rhinoscopie postérieure est absolument

indiquée pour assurer le diagnostic, de même que la rhinoscopie antérieure, pour rechercher la présence d'un catarrhe nasal ou d'une sinusite latente.

LE TRAITEMENT

Il doit être **rigoureux** et **prolongé**, pour guérir le malade des troubles locaux qui l'incommodent chroniquement et des complications sérieuses qui le menacent : surdité, laryngites, dyspepsie....

Vous *prescrirez* :

Des lavages du nez, avec des solutions variées : alcalines, sulfureuses; l'application de pommades nasales; des inhalations; des gargarismes.

Le traitement de la lésion causale, c'est-à-dire du coryza chronique, des polypes, de la déviation de la cloison, de la sinusite; au besoin le curettage de la muqueuse rhino-pharyngée;

Une hygiène sévère : la suppression de l'alcool et du tabac, la respiration de fumées;

Un traitement thermal pendant plusieurs années consécutives, de préférence sulfureux (Challes, Uriage, Cauterets, Luchon). Les neuro-arthritiques congestifs seront dirigés sur le Mont-Dore.

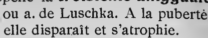
VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

C'est un des pivots de la pathologie infantile, la source de la plupart des infections de l'enfance : infections pharyngées, auriculaires, respiratoires, digestives, appendiculaires, etc. Mais il faut bien se garder de toute exagération, et déclarer à l'instar de nombreuses mères de famille : « tous les enfants ont des végétations », et prêter une oreille attentive à ce propos qu'on entend dans toutes les cliniques et les dispensaires : « Docteur, je vous conduis mon enfant, pour que vous lui « fassiez » les végétations. ».

I. — *QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES*

Chez tout enfant, il existe à la voûte du pharynx nasal (fig. 340) un amas lymphoïde de structure absolument analogue à celle des

amygdales ordinaires et qu'on appelle la ***troisième amygdale*** ou a. de Luschka. A la puberté, elle disparaît et s'atrophie.



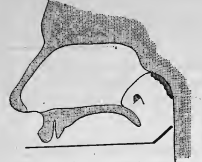


Fig. 340. — La troisième amygdale, dite de Luschka, ou amygdale pharyngée supérieure.

On l'aperçoit avec le miroir rhinoscopique postérieur, à la voûte du pharynx.

Mais de même que la répétition des angines aboutit souvent à l'hypertrophie des amygdales ; de même, la fréquence des coryzas, les maladies infectieuses et éruptives, apanage de l'enfance ; la grippe, déterminent l'inflammation aiguë de cette troisième amygdale, qui peu à peu s'hypertrophie et constitue alors ce qu'on est convenu d'appeler des ***végétations adénoïdes.***

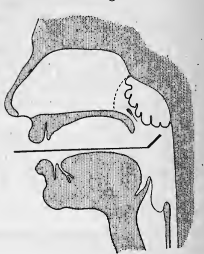


Fig. 341. — L'hypertrophie de cette troisième amygdale constitue les *végétations adénoïdes.*

Autrement dit, un enfant atteint d'adénoïdes a, en réalité, une « ***grosse amygdale hypertrophiée entre le nez et la gorge.*** »

Congénitales parfois, puisque l'on opère quelquefois des nourrissons âgés de quelques semaines, les végétations se rencontrent surtout dans la première *enfance* ; d'autre part, l'*hérédité* n'est pas niable.

II. — *SYMPTOMES DES VÉGÉTATIONS*

Nous venons de voir qu'elles existent à tout âge.

A. — *Chez le nourrisson*, même au bout de quelques semaines, elles peuvent déterminer des troubles respiratoires sérieux, du fait de l'obstruction nasale. De plus, il est menacé d'athrepsie, la tétée et la succion sont impossibles, le nez étant bouché.

Le médecin ne songera pas à porter le doigt dans le rhinopharynx d'un nouveau-né, pour assurer le diagnostic, car en

dehors d'un coryza, seules des végétations peuvent entraîner ces symptômes.

B. — C'est *chez l'enfant*, de 2 à 6 ans, que les signes fonctionnels sont le mieux caractérisés.

C. — L'adolescent et l'*adulte* ne sont pas à l'abri des adénoïdes lorsqu'elles n'ont pas régressé à la puberté, ou quand elles ont été entretenues par des rhumes. Vous serez donc consulté à cet âge pour des troubles locaux (enchifrènement, toux), ou à distance (surdité, enrouements...). Le miroir rhinoscopique postérieur les fera découvrir.

Nous prendrons comme type de notre description de végétations adénoïdes, un enfant de 2 à 6 ans.

Dans la pratique courante, il faut bien savoir que tous les troubles provoqués par ces tumeurs résultent, soit de l'*obstruction*, soit de l'*infection* qu'elles provoquent. Il y a des **végétations obstruantes**, qui mécaniquement bouchent l'arrière-nez, compriment les trompes, amènent de l'insuffisance nasale, et des **végétations infectantes**, provoquant des otites, des infections broncho-pulmonaires, des gastro-entérites. La végétation, en effet, formée de mamelons, de sillons, analogue macroscopiquement à « du riz de veau », constitue une éponge purulente dont le contenu se déverse dans l'oreille, le thorax ou l'abdomen.

Un autre point encore, très important, sur lequel on ne saurait trop insister : c'est qu'il n'existe *aucun rapport entre le volume des végétations* et *la gravité* des accidents qu'elles provoquent ; ce sont souvent les plus petites, qui sont les plus malignes, car elles constituent des clapiers purulents dont la désinfection est impossible.

Le médecin sera donc consulté pour des enfants qui sont : des *adénoïdiens à type respiratoire*, des *adénoïdiens à type auriculaire*, des *adénoïdiens infectés*.

Autrement dit, on vous amènera des enfants : tantôt pour **le nez**, tantôt pour **l'oreille**, tantôt pour **l'état général** (pulmonaire, digestif....).

1° *ADÉNOÏDIENS A TYPE RESPIRATOIRE*

Considérez cette photographie (fig. 342) : elle appartient à un enfant dont les végétations sont volumineuses et représentées de la sorte sur une coupe sagittale de la tête (fig. 344).

L'***obstruction nasale*** est le premier symptôme qui a attiré l'attention des parents, l'enfant ***respire mal***, il a la ***bouche***

ouverte, ***ronfle*** la nuit, ne se mouche pas ; et tous ces troubles s'accentuent pendant les coryzas.

Souvent le facies est tellement typique, qu'on l'a désigné sous le nom de ***facies adénoïdien*** : la bouche est ouverte ; la lèvre supérieure, raccourcie, découvre les dents ; la voûte du palais est ogivale ; les dents sont mal plantées par atrophie du massif osseux de la face.

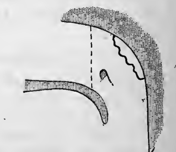

Fig. 342. — Facies adénoïdien.

Conséquences de l'obstruction du nez : 1° le ***nasonnement***, l'enfant prononce mal les nasales, il articulera *baban* au lieu de *maman*, etc. ; 2° la ***céphalée***, l'inattention, l'inappétence intellectuelle ; tel enfant qui travaillait bien jusqu'à 8 et 10 ans, devient distrait, apathique, à compréhension lente, il est « dans la lune », dès que les végétations ont poussé ; 3° la ***toux pharyngée*** : les végétations déterminent la production de petites granulations sur la paroi postérieure du pharynx, qui provoquent des toux incoercibles ; 4° des ***troubles de développement du squelette*** : thorax rétracté, aplatissement du sternum, rachitisme, l'enfant s'arrête dans son développement et ne grandit plus ; 5° des *troubles réflexes* : ***terreurs nocturnes***, ***cauchemars***, tics, l'enfant urine au lit, etc.

Voilà des signes classiques, interrogez des parents d'adénoïdiens et on vous signalera fréquemment tel ou tel de ces symptômes.

2° *ADÉNOÏDIENS A TYPE AURICULAIRE*

On vous amène parfois des petits malades qui ne présentent aucun ou peu des signes précédents, pas la moindre obstruction du nez, mais des troubles auditifs dont la


Fig. 343. — Premier type d'adénoïdien, auriculaire.

Végétations *petites*, il est vrai, mais dont l'inflammation agit par *propagation* sur l'oreille moyenne, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache : d'où catarrhe tubaire, otites suppurées à répétition, etc.

cause a échappé. ***Surdité*** intermittente, ***bourdonnements***, ***otalgies*** parfois très vives : voilà ce qui inquiète les parents, surtout lorsque la surdité s'installe chroniquement.

Et toujours, *ces accidents apparaissent ou augmentent pendant les coryzas* : déclaration très précieuse à retenir pour le médecin.

Les deux schémas (fig. 343 et 344) indiquent le mécanisme des troubles auriculaires.

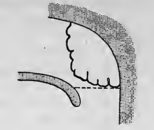


Fig. 344. — Second type d'adénoïdien, auriculaire. *Grosses* végétations qui compriment *mécaniquement* et obstruent l'orifice de la trompe : d'où raréfaction de l'air dans la caisse du tympan, salpingite, surdité.

3° *ADÉNOÏDIENS A TYPE INFECTANT*

Ce sont des enfants qui, au cours des *coryzas*, font des poussées d'*adénoïdite aiguë* avec fièvre, obstruction du nez, écoulement purulent nasal et pharyngé, adénopathies sous-maxillaires, et déterminations à distance :

a) tantôt des ***otites moyennes suppurées***, à répétition;

b) tantôt des ***infections des voies aériennes***. Les accès de **faux croup**, consécutifs aux coryzas sont très souvent fonction de végétations. Nombre de **laryn-**

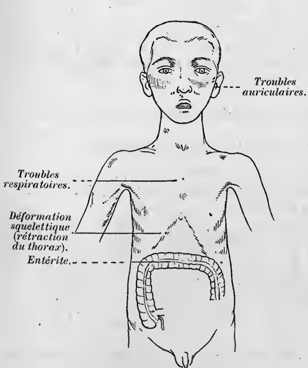


Fig. 345. — Les symptômes à distance provoqués par les végétations adénoïdes.

gites, de **broncho-pneumonies**, reconnaissent la même origine. Ce sont vérités tellement banales qu'on n'ose insister;

c) Mais nombre d'***infections du tube digestif***, gastro-intestinales, quand elles ne reconnaissent pas une cause alimentaire dans la première enfance, sont d'origine pharyngée. Le petit malade ne sait pas expectorer, il déglutit des mucosités septiques qui provoquent des troubles gastro-intestinaux. Combien d'**entérites**, d'**entéro-colites**, d'**appendicites** même, dues à des adénoïdes infectées! Que de macaroni, de bouillies, de régimes... absorbés en vain pendant des mois, alors qu'un coup de curette eût suffi! Ce n'est pas le résidu intestinal qui doit primer l'attention, mais plutôt ce qui descend du cavum de l'enfant. Ce n'est pas le pôle sud du tube digestif qui est malade, mais bien plutôt le pôle nord.

III. — *DIAGNOSTIC*

1° *Ce qu'il faut bien éviter.*

C'est de conclure de la présence d'un *facies adénoïdien*, à l'existence de végétations. Le facies adénoïdien n'est que l'expression d'une obstruction nasale quelconque et prolongée : une rhinite hypertrophique, une déviation de la cloison..., peuvent le produire.

Donc, pas de diagnostic *à vue de nez*, mais un examen méthodique.

2° *Le médecin fera le diagnostic*

a) Par l'analyse des ***signes fonctionnels*** précédents.

b) Par l'***examen de la cavité bucco-pharyngée***. Une voûte palatine ogivale supportant une mauvaise implantation

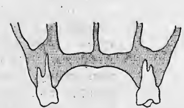


Fig. 346. — Une voûte palatine normale.

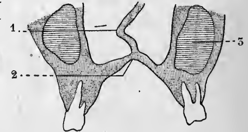


Fig. 347. — La voûte palatine en ogive, de certains adénoïdiens. Le corollaire fréquent est une déviation (1) de la cloison du nez. — 2. Ogive de la voûte du palais. — 3. Sinus maxillaire.

dentaire, l'écoulement de mucosités provenant du cavum, la présence sur la paroi postérieure du pharynx de *granulations*, com-

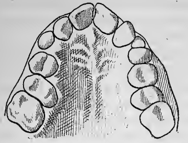


Fig. 348. — La mauvaise implantation dentaire des adénoïdiens.

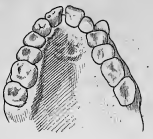


Fig. 349. — Implantation vicieuse des dents chez les adénoïdiens.

posées de même tissu que les végétations dont elles sont les



Fig. 350. — *Petites* végétations adénoïdes : elles affleurent à peine l'extrémité supérieure du vomer.

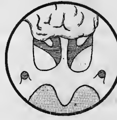


Fig. 351. — *Moyennes* végétations adénoïdes : elles recouvrent la partie supérieure du vomer.

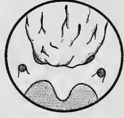


Fig. 352. — *Grosses* végétations adénoïdes. Elles masquent totalement l'orifice postérieur des fosses nasales.

satellites, confirmeront dans la probabilité du diagnostic. D'autant que souvent, les *amygdales palatines* sont elles-mêmes hypertrophiées.

Mais c'est la rhinoscopie postérieure, la rhinoscopie antérieure et le toucher nasopharyngien qui vous donneront la certitude.



Fig. 353. — Végétations adénoïdes *diffuses*.

c) La ***rhinoscopie postérieure*** est loin d'être toujours possible chez l'enfant, en raison des réflexes et de l'indocilité de la langue. Si vous la réussissez, vous constaterez dans le champ du miroir, — à la place d'une cavité ouverte en avant dans les fosses nasales, par deux orifices séparés par le vomer, — une

tuméfaction constituée par une masse végétante, grisâtre, sèche ou recouverte de mucosités, remplissant plus ou moins le cavum.



Fig. 354. — Recherche des végétations par la rhinoscopie antérieure après cocaïni-adrénalinisation du cornet inférieur.

On aperçoit dans le fond de la fosse nasale, deux zones, l'une supérieure plus claire formée par les végétations, l'autre inférieure, sombre (1), résultant du vide de la cavité pharyngienne Faites émettre le son i ou 2 au malade et l'on voit les végétations, dont la partie inférieure est bien dessinée, se projeter en avant.

Si ce procédé est impossible, ne persistez pas, vous fatiguez l'enfant et... votre patience.

d) Faites la ***rhinoscopie antérieure***. Mais le volume des cornets empêche souvent le regard de plonger jusque dans le cavum. Instillez alors dans la narine qui vous semble la plus spacieuse, libre de toute déviation, quelques gouttes d'une solution faible de cocaïne-adrénaline.

Chlorhydrate de cocaïne. . .	10	centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline au millième..	1	gramme.
Solution de sérum artificiel.	20	—

Imbibez un coton, faites renifler l'enfant et attendez l'effet de la vaso-constriction, c'est-à-dire deux ou trois minutes.

e) Le ***toucher naso-pharyngien***, en cas d'échec des méthodes précédentes, est un procédé infaillible qui renseigne sur la présence, le volume, la consistance (molle ou dure), la situation (v. a. *circonscrites* ou *diffuses*) des végétations. Rappelez-vous bien qu'il faut le pratiquer *à froid*, et jamais en période de crise d'adénoïdite aiguë.

Cet examen local terminé, pratiquez l'otoscopie, interrogez l'état général, déshabillez l'enfant pour voir son ossature.

IV. — *ÉVOLUTION DES VÉGÉTATIONS*

En résumé, le médecin doit savoir que ces adénoïdes représentent une grosse amygdale internaso-pharyngée, dont l'*évolution* est à peu près analogue à celle des amygdales palatines hypertrophiées, mais avec pronostic et *complications* plus sérieuses.

Faut-il rappeler les poussées *aiguës d'adénoïdite*, avec tous les accidents qu'elles déterminent : otites, surdité, bronchites, entérites... ; le *développement progressif* de ces végétations après les maladies éruptives et infectieuses de l'enfance? Elles repré-

sentent en somme un des gros éléments de la pathologie du jeune âge.

Normalement, il est vrai, elles s'*atrophient* à la puberté, de 12 à 15 ans, mais après avoir entraîné quelle séquelle de maladies ! D'autant que la régression n'est pas toujours complète et que, chez l'adolescent et à l'âge adulte, elles provoquent parfois encore des accidents auriculaires ou à distance.

V. — *TRAITEMENT*

1. — *Conduite à éviter.*

Règle. — Chez l'enfant, ne pas faire des traitements symptomatiques : celui du rachitisme, des bronchites, des angines, de l'entérite, des otalgies, sans penser au nez, surtout en présence d'une réaction, d'un point de départ morbide rhino-pharyngé, *si minime soit-il.* C'est une règle essentielle.

D'autre part, ne pas conclure, d'une « bouche ouverte », à la présence de végétations et conseiller l'opération sans y avoir regardé. Erreur très fréquente de la part des praticiens.

2. — *Ce que le médecin conseillera.*

a) *UNE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE*

Retenez que ce sont de petits procédés, qui n'ont *jamais guéri* d'adénoïdiens, ni atténué ou fait disparaître des végétations.

Ceci dit, ne disposant d'aucun moyen d'action sur les adénoïdes, vous ne pouvez simplement que tâcher de calmer les *crises aiguës d'adénoïdite.*

Et l'on y arrive plus ou moins, à l'aide des classiques instillations et pommades, dont les recettes sont connues de tout médecin.

Huile de vaseline.	20 grammes.
Menthol.	15 centigrammes.
ou Eucalyptol.	mêmes doses que
ou Camphre.	le menthol.

Instiller 4 à 5 gouttes dans chaque narine, 3 fois par jour.

Vaseline.	20 grammes.
Menthol.	15 centigrammes.
Acide borique.	4 grammes.

Renifler gros comme un pois, dans chaque narine, 3 fois par jour.

Il n'existe qu'un seul traitement actif et curatif, c'est l'***opération.*** Encore faut-il bien en connaître les indications.

b) *L'OPÉRATION DES VEGÉTATIONS*

Il est bien difficile d'apprendre au médecin la technique de cette intervention qui doit être exécutée avec un manuel, un ensemble de précautions et de détails nécessaires, pour éviter toute complication.

Mais il est capital d'en connaître les *indications* dans la pratique courante.

1° *Quelles sont les indications?*

Chez le **nouveau-né**, quand l'allaitement est rendu impossible par l'absence de respiration nasale.

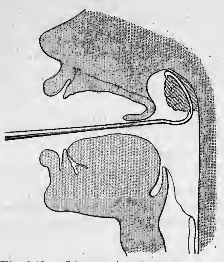


Fig. 355. — L'opération des adénoïdes.

Chez l'**enfant**, voici la formule : d'une façon générale, chaque fois que les végétations déterminent des phénomènes d'**obstruction du nez** (troubles respiratoires) ou d'**infection**, et que ces accidents sont persistants ou se répètent.

Chez l'**adulte**, lorsque le catarrhe chronique du nasopharynx provoque des troubles auriculaires (surdité) ou laryngés (enrouement).

2° *Il ne faut pas conseiller l'opération.*

Pendant une crise d'*adénoïdite aiguë*, de peur de provoquer des accidents septicémiques ou hémorragiques; s'il y a une otite aiguë en évolution, s'il y a des conditions de milieu (grippe familiale) ou d'épidémie, susceptibles de favoriser l'infection; s'il y a une tare pathologique grave : tuberculose.

La famille vous posera certainement, sinon la totalité, du moins la plupart des questions suivantes :

α) *L'opération est-elle bien nécessaire?* Répondez que le résultat obtenu sera plus rapide et plus efficace avec un coup de curette

qu'avec l'huile de foie de morue et tous les médicaments instillés dans le nez;

β) *Y a-t-il un âge pour opérer?* Nombre de parents croient à un âge d'opportunité et que, plus tard on enlève les végétations, moins grand est le danger, meilleur est le résultat. C'est une absurdité sans pareille : *il n'y pas d'âge d'élection pour opérer*, il n'y a *que des indications* auxquelles il faut obéir. L'opération n'est pas plus dangereuse à l'âge de un an ou deux qu'à quinze ans;

γ) *Les végétations ne repousseront-elles pas*, en opérant prématurément? *Non*, dans l'immense majorité des cas, sauf cependant chez les nourrissons;

δ) *Les adénoïdes ne disparaîtront-elles pas d'elles-mêmes?* En effet, elles s'atrophient en général après l'âge de quinze ans, mais elles ont alors laissé une signature de leur passage, dans l'oreille (surdité), sur le facies (déformation)..., sans compter toutes les maladies qu'elles auront provoquées jusqu'à l'âge de la puberté;

ε) *L'opération est-elle grave?* Les dangers bien minimes de cette intervention ne sont pas comparables avec les troubles qu'entraîne leur présence. Un séjour à la chambre pendant quelques jours et c'est tout.

ζ) *L'anesthésie est-elle nécessaire? Faut-il endormir?* Le nourrisson jamais; pour l'enfant, c'est discutable, mais on peut s'abstenir de toute anesthésie et l'opération peut être parfaitement faite sans brométhyle ou sans chloréthyle. Quant à l'adulte, une bonne cocaïnisation suffit.

SYPHILIS DU NASO-PHARYNX

L'accident primitif et les lésions secondaires sont : le premier trop rare, les secondes noyées et confondues avec les accidents pharyngés, pour retenir l'attention du médecin. Dans la pratique, il ne faut envisager que la syphilis tertiaire.

A. — *IMPORTANCE DE SON DIAGNOSTIC PRÉCOCE*

Les accidents tertiaires : la **gomme**, sont ici tout particulièrement graves et sont trop *souvent méconnus* par les praticiens. Il en résulte des lésions irrémédiables : ***perforation du voile du palais***, disparition de la luette, ***rétrécissements cicatriciels***

du pharynx (brides, cicatrices, adhérences), lésions parfaitement évitables si le diagnostic avait été fait à temps.

B. — *MÉFIEZ-VOUS DE LA SYPHILIS DE L'ARRIÈRE-NEZ*

Chez un adulte, indemne de tout passé rhino-pharyngé, non sujet aux rhinites, ni aux maux de gorge, qui présente un coryza postérieur persistant, de l'enchifrènement, du catarrhe rétro-nasal, quelques troubles auriculaires, et surtout du nasonnement.

Vous verrez alors : soit une *tuméfaction rouge vif du voile du palais* qui est immobile ; soit, sur la paroi postérieure du pharynx, une petite échancrure qui représente une *ulcération* se prolongeant dans l'arrière-nez : ce sont des ***gommes*** en évolution, la première de la face dorsale du voile, la seconde du cavum. Le diagnostic est facile, à la portée de tous. Hâtez-vous de prescrire le « 606 », ou un traitement spécifique intensif, si vous ne voulez pas assister à la formation d'un cratère palatin qui aboutira à une perforation du voile.

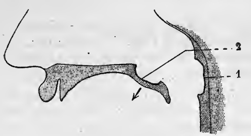


Fig. 356. — Les deux points d'élection de la syphilis du cavum.

1. Gomme ulcérée, cratériforme, de la paroi postérieure du pharynx nasal. — 2. Gomme du voile débutant sur la face dorsale du palais.

Si vous ne voyez rien, prenez le miroir à rhinoscopie postérieure : il vous révélera aussitôt la présence de la gomme, *ulcérée* ou non.

C. — *TRAITEMENT INTENSIF ET PRÉCOCE*

4 à 6 grammes d'iodure ;
Injections mercurielles, de sels solubles ;
Le « 606 ».

Localement : nettoyage du nez et du pharynx au moyen de lavages, de gargarismes.

POLYPES NASO-PHARYNGIENS

Un bref aperçu simplement de cette affection, qui est rare. L'histoire est toujours la même.

Vous serez consulté par un ***jeune homme adolescent*** (de 15 à 25 ans, jamais plus tard, car le polype a alors disparu ou a tué le malade), qui a eu pendant longtemps une sorte de *coryza chronique* auquel il n'a pris garde, mais qui est depuis peu, gravement incommodé par une *obstruction nasale* presque totale, accompagnée de *sécrétions muco-purulentes*, et surtout d'*épistaxis* abondantes et très inquiétantes.

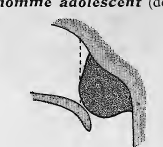


Fig. 357. — Polype naso-pharyngien.

Il occupe le même siège que les végétations adénoïdes, mais il peut s'insérer sur tout le pourtour du cavum.

Histologiquement, c'est du *fibrome* tout à fait analogue aux fibromes utérins c'est-à-dire *bénin* comme structure, *malin* par les symptômes qu'il détermine.

Faites la rhinoscopie antérieure et vous trouverez une fosse nasale, ou les deux, remplies par une tumeur extrêmement dure au toucher. Évitez les manipulations au stylet, car les hémorragies sont des plus graves.

A la rhinoscopie postérieure, on voit le cavum rempli par une ***tumeur*** *gris pâle, lisse.*

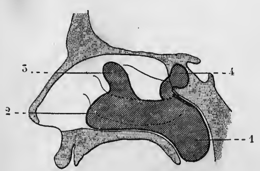


Fig. 358. — Polype naso-pharyngien (schématique).

1. La masse principale et le point de départ de la tumeur. — 2. Prolongement nasal. — 3. Envahissement de l'ethmoïde. — 4. Prolongement dans le sphénoïde.

Le toucher rhino-pharyngien pratiqué avec une grande douceur, pour ne pas provoquer d'hémorragie, vous indique la présence d'une tuméfaction lisse, de consistance très ***dure***. Parfois même, il est inutile de le faire, la tumeur refoule le voile en bas et en avant, et son bord inférieur apparaît dans la cavité buccale.

Si vous ne voyez pas le malade à cette période, ou si vous n'avez pas fait le diagnostic à temps, plus tard le sujet reviendra avec une tumeur qui a subi un accroissement excentrique, a ***envahi*** et ***déformé*** les cavités de la face, le nez, les sinus, l'orbite... ; elle peut même user la boîte crânienne.



Fig. 359. — Les déformations de la face produites par les polypes naso-pharyngiens.

Le malade entre alors dans une période cachectique (amaigrissement, pâleur, hémorragies répétées, inanition) et il meurt fatalement, soit de complications cérébrales, soit de cachexie.

Or, en faisant un diagnostic en temps opportun, même quand la tumeur a déjà poussé de gros prolongements faciaux, on peut et on doit conseiller une *opération* qui a toutes chances de succès. J'ai opéré sans décès près de 15 malades, porteurs de polypes naso-pharyngiens, dont quelques-uns avaient rongé une partie du massif de la face.

CHAPITRE V

MALADIES DU PHARYNX

I. — *ANATOMIE*

Les schémas 360 et 361 rappellent les notions anatomiques suffisantes pour la pratique.

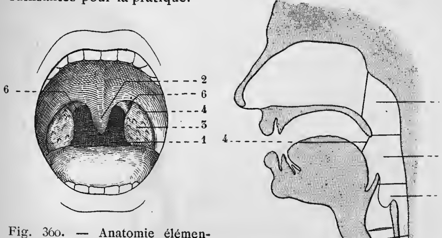


Fig. 360. — Anatomie élémentaire du pharynx.

1. Paroi postérieure du pharynx. — 2. Luette. — 3. Amygdale. — 4. Pilier antérieur. — 5. Pilier postérieur. — 6. Fossette sus-amygdalienne

Fig. 361. — Les trois pharynx.

1. Pharynx nasal ou cavum. — 2. Pharynx buccal. — 3. Pharynx laryngien. — 4. La limite antérieure virtuelle du pharynx buccal.

II. — *EXAMEN DU MALADE*

Cet examen comporte :

1° Une exploration externe;

2° Un examen du pharynx;

3° L'analyse des signes fonctionnels.

1° EXPLORATION DU COU

Ne jamais négliger la recherche *des ganglions sous-maxillaires* qui est importante dans le diagnostic d'angines, de cancer, de syphilis.

2° EXAMEN DU PHARYNX

Explorez rapidement l'aspect de la cavité buccale, des dents, du palais.

Cet examen peut se faire, soit à la *lumière naturelle du jour*, vis-à-vis une fenêtre; soit avec le *miroir frontal* et la lumière réfléchie.

Le médecin doit procéder de la sorte : *a*) — examen *sans instrument*, en faisant tirer la langue du malade; *b*) — exploration *avec l'abaisse-langue*; *c*) — *toucher* du pharynx, dans quelques cas spéciaux; *d*) — *rhinoscopie postérieure* et *laryngoscopie*, pour inspecter les cavités sus et sous-pharyngées,

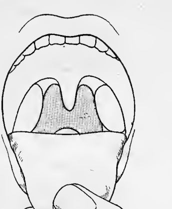


Fig. 362. — Examen du pharynx sans instrument.

1° Si le malade ouvre la bouche et tire la langue au dehors, on aperçoit le pharynx et parfois l'épiglotte.

2° Si l'on fait prononcer la lettre è, la luette se relève, les amygdales se découvrent dans leur position normale, l'épiglotte apparait parfois. J'emploie fréquemment ce procédé chez les enfants pour examiner la gorge sans le secours de l'abaisse-langue.

Fig. 363. — Le même malade ayant un réflexe nauséeux.

Il faut éviter les mouvements exagérés de contraction de la gorge, car il en résulte une saillie des amygdales qui sont propulsées en dedans. Elles semblent se rejoindre sur la ligne médiane et font croire à une hypertrophie qui n'existe pas, d'où grave erreur de diagnostic.

qui participent souvent aux inflammations du pharynx buccal.

a. — L'examen ***sans instrument*** est très facile. On commande au malade d'ouvrir la bouche, de tirer fortement la langue, manœuvre qui découvre les amygdales (trop bien même, surtout si le malade a des réflexes nauséeux).

b. — L'examen du pharynx ***avec l'abaisse-langue*** doit suivre immédiatement la manœuvre précédente. On le fait, en l'absence de tout instrument, avec un appareil de fortune composé d'une *bougie* et de *deux cuillers*, dont l'une forme réflecteur (fig. 364).

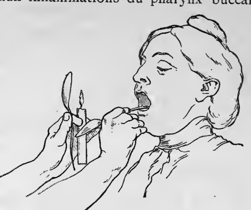
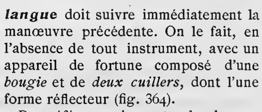


Fig. 364. — Examen de la gorge au moyen d'une bougie et de deux cuillers.

La main gauche tient entre le pouce et l'index la tige de la cuiller et une bougie entre l'index et le médius. La flamme de la bougie doit être placée au centre de la cuiller de manière à bien réfléchir les rayons lumineux. La main droite déprime la langue au moyen d'une seconde cuiller.



De préférence, inspectez le pharynx avec le **miroir frontal** et l'*abaisse-langue.*

Le médecin et le malade étant assis en face l'un de l'autre, la lumière à la droite du médecin, celui-ci *regardera la bouche* du malade, à travers l'orifice central du miroir, l'*œil gauche étant fermé*; puis sans la perdre de vue, il fera pivoter le miroir doucement jusqu'à ce que la bouche soit *éclairée*; on peut alors ouvrir l'œil gauche.

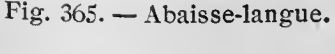


Fig. 365. — Abaisse-langue.

Technique. — De *la part du médecin* : de la patience, de la

persuasion; si la langue se soulève et fait le gros dos, n'employez pas la force, ne luttez pas.

Le *malade* sera rassuré, il respirera tranquillement, la bouche ouverte, sans effort, sans tirer la langue au dehors, en prononçant de temps en temps la lettre â â.

Introduisez, de la main droite, l'a b a i s s e - l a n g u e préalablement *chauffé*, dans la bouche, « à blanc » en quelque sorte, c'est-à-dire sans toucher la langue, ou en effleurant simplement la pointe de celle-ci pour bien rassurer le malade; puis déprimez la langue, bien perpendiculairement. Surtout, évitez de la refouler en arrière.

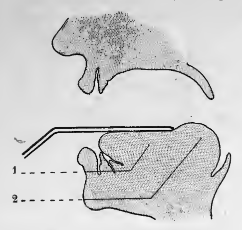


Fig. 366. — Introduction de l'abaisse-langue.

Il doit déprimer la langue et ne pas dépasser le tiers postérieur (2) qui est la région nauséeuse. En le plaçant sur les 2/3 antérieurs (1), il y a peu de chances de mettre en jeu le réflexe.

Ne prolongez pas la manœuvre, de peur d'éveiller les réflexes, répétez-la souvent et mettez l'abaisse-langue en place à plusieurs reprises.

Pas de cocaïnisation de la langue, dans la pratique courante; pour être efficace, il faudrait employer des doses presque toxiques.

c. — Le ***toucher*** du pharynx, pratiqué avec *un seul doigt*, peut parfois donner quelques renseignements sur la fluctuation d'un abcès (rétro-pharyngien, par exemple), sur l'induration d'un chancre, d'une tumeur.

3° *ANALYSE DES SIGNES FONCTIONNELS*

L'analyse des troubles de la déglutition, de la prononciation, de la respiration, de la toux, de l'expectoration, de la voix, vous sera d'un précieux secours pour compléter le résultat de l'examen physique.

N'omettez jamais l'exploration du nez, du cavum, l'examen de l'état général, pour faire œuvre de médecin averti auquel rien ne doit échapper pour assurer le diagnostic.

III. — *PROCÉDÉS THÉRAPEUTIQUES*

Ce sont les gargarismes, les inhalations, les pulvérisations, les lavages ou douches de gorge, les badigeonnages, les cautérisations.

INHALATIONS

On les prescrit dans un but calmant. La technique a été indiquée page 185.

PULVÉRISATIONS

Il faut les prescrire à *chaud*, avec le pulvérisateur à chaudière. Dans le godet où l'on verse le médicament n'employez que des *solutions faibles*. Jamais de solutions caustiques.

Vous recommanderez les alcalins (bicarbonate de soude à 2 pour 100);

les astringents (tannin à 1/100);

des calmants (la morphine à 1/200).



Fig. 367. — Comment on fait une pulvérisation.

1° Le malade se tient à 10 ou 15 centimètres au-devant du jet de vapeur, la bouche ouverte, le cou protégé par une serviette, une cuvette à proximité.

2° Il tirera la langue avec un mouchoir pour que le fond de la gorge soit bien imprégné de vapeur.

3° Il respirera d'une façon calme et régulière, surtout pas trop forte pour éviter la contraction et la fermeture de la glotte.

4° La pulvérisation sera faite *à jeun*, sera courte au début, d'une durée de 2 à 3 minutes, puis de 5 minutes par la suite. Elle sera répétée 3 ou 4 fois dans la journée.

LAVAGES. — DOUCHES DE GORGE

Indiqués dans les pharyngites et angines aiguës pour nettoyer la gorge et la débarrasser des exsudats et des sécrétions; dans les pharyngites chroniques pour décongestionner la muqueuse.

Matériel : Un bock contenant un ou deux litres de solution alcaline *très chaude* (une cuiller à soupe de borate ou de bicarbonate de soude par litre d'eau) placé à une assez grande hauteur au-dessus de la tête (1 mètre ou 1 m. 50), pour avoir une certaine *pression*.

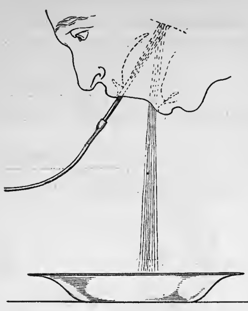


Fig. 368. — Comment on prend une douche de gorge.

Le malade incline la tête au-dessus d'une cuvette, introduit la canule dans la bouche, mais peu profondément pour éviter des réflexes, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres, et laisse couler le jet en prononçant constamment la voyelle ââ. De temps en temps, il comprime le tube en caoutchouc, ou bien il ferme le robinet pour retirer la canule et respirer.

CAUTÉRISATIONS

Lorsque le médecin emploie le galvano-cautère pour réduire des amygdales hypertrophiées ou détruire des granulations, il faut préalablement faire une anesthésie de la surface opératoire avec quelques gouttes d'une solution de cocaïne au vingtième, appliquée à deux ou trois reprises, dans l'espace de cinq minutes.

IV. — *PATHOLOGIE*

Tous les traités de pathologie interne consacrent de longues descriptions aux angines, à la diphtérie et aux affections du pharynx ; nous serons donc très brefs sur ce chapitre qui est bien traité dans tous les manuels. Nous ne retiendrons que certains points de pratique journalière : diagnostic et traitement des angines, des abcès de la gorge, de l'hypertrophie des amygdales, de la syphilis, etc.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ANGINES AIGUËS

Pratiquement on peut diviser les angines aiguës, en ***angines rouges*** et en ***angines blanches,*** « selon que la gorge est rouge ou qu'il y a du blanc... points pultacés, fausses membranes, etc. ».

A. — ANGINES ROUGES

Ce sont les amygdalites érythémateuses, catarrhales, sans exsudats ni dépôts pultacés, ni fausses membranes.

Retenez ce fait, que chaque fois qu'un *enfant* a de la fièvre, il faut examiner sa gorge chaque jour, jusqu'à ce que la cause de la température soit apparue.

Le médecin *prescrira* :

Un ***traitement général*** symptomatique, selon les indications : purgatif, quinine, alimentation légère et liquide.

Des ***gargarismes*** *très chauds*, *alcalins*, *fréquents* (toutes les heures), qui sont émollients et calment la douleur.

Voici quelques formules :

Benzoate de soude.	10 grammes.
Glycérine.	50 —
Décoction de feuilles de coca.	150 —

Une cuiller à soupe dans un verre d'eau très chaude.

Salicylate de soude.. . . . . 1 gramme.
Pour un paquet. 20 semblables.

Faire dissoudre un paquet dans un verre d'eau très chaude. Se gargariser toutes les heures.

Vous pouvez utiliser également une décoction d'orge ou de guimauve édulcorée avec du miel.

Dès que l'inflammation est moins intense, on pourra recourir à des préparations légèrement astringentes :

Borate de soude	4 grammes.
Teinture de benjoin.	10 —
Sirop de mûres.	50 —
Eau.	200 —

(pour gargarisme).

A cette période également, le malade éprouvera un soulagement appréciable avec les **collutoires**, dont le plus efficace est le collutoire boraté, qui laisse après lui une sensation très réelle d'adoucissement.

Borate de soude.	4 grammes.
Glycérine	30 —

Chez *les enfants*, employer soit les *lavages* alcalins avec le bock, soit le collutoire.

Vous aurez également à recommander un traitement *préventif* contre les **récidives**, en dehors des poussées aiguës, chez les « **abonnés aux amygdalites** ». Presque toujours alors, le malade présente une infection chronique de l'amygdale qui réclame un traitement local des cryptes (morcellement, discision) ou une désinfection locale moins énergique, mais plus continue si les cryptes ne sont pas atteintes, ainsi des :

Collutoires iodés sur les amygdales :

Iode métallique.	30 centigrammes.
Iodure de potassium	2 grammes.
Glycérine	30 —

dont l'emploi sera quotidien.

Sulfureux à l'intérieur, pendant trois mois consécutifs.

Pendant vingt jours chaque mois, prendre le matin à jeun un demi-verre d'eau de Labassère, coupée par moitié de lait chaud; se gargariser ensuite avec le reste de la petite bouteille.

B. — ANGINES BLANCHES, PSEUDO-MEMBRANEUSES

Voici celles que l'on observe le plus fréquemment dans la pratique : ce sont les angines *pultacées*, le muguet, les angines *lacunaires*, les angines *pseudo-membraneuses non diphtériques*, les *angines diphtériques*.

A. — *DIAGNOSTIC DES ANGINES BLANCHES*

Il peut se faire par l'examen clinique seul et par l'aspect de la gorge. Mais s'il y a le moindre doute, le médecin pratiquera immédiatement l'examen bactériologique.

a. — ***Diagnostic par l'examen bactériologique***. — Deux procédés : sur lamelle, par culture.

1° *Examen sur lamelle.* — Flambez au rouge un long fil d'acier, à extrémité spatulée, laissez refroidir et grattez la muqueuse des amygdales ou du pharynx, au niveau des points blancs ou des dépôts membraneux. Déposez sur une lame de verre et appliquez une lamelle par dessus. Ce procédé ne fournit pas toujours de résultat décisif. Le suivant donne plus de certitude et doit toujours être employé.

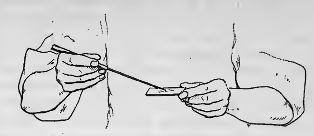


Fig. 369. — Examen bactériologique des angines. La spatule, aseptique ou flambée, dépose sur une lame de verre l'exsudat amygdalien.

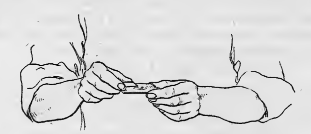


Fig. 370. — La lame de verre est recouverte d'une lamelle, de façon à bien protéger le prélèvement.

2° *Examen sur culture.* — Toujours avec le même fil, préalablement flambé et refroidi, ensemencez en surface des tubes contenant du sérum de sang de bœuf coagulé en plan oblique ; avec le fil faites des stries parallèles, et sans trop appuyer, à la surface du sérum. Ensemencez au moins deux tubes. On met à l'étuve à 37°, et au bout de dix-huit heures les colonies du bacille diphtérique sont déjà bien développées.

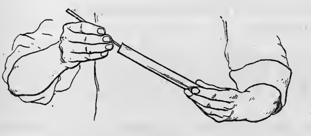


Fig. 371. — Ensemencement d'un tube de culture.

b. — ***Diagnostic par l'examen de la gorge.***

Il s'agit d'une angine ***pultacée*** si l'amygdale est tapissée d'un enduit blanc, crémeux, puriforme, friable, non adhérent et que le seul contact de l'abaisse-langue suffit à détacher.

L'angine ***lacunaire*** ou cryptique, très fréquente, doit être bien dissociée d'avec l'angine herpétique, qui est très rare. La première se traduit par la formation d'une concrétion puriforme, **dans les cryptes** de l'amygdale. La surface amygdalienne, rouge, est parsemée de **points blancs**, qui représentent chacun l'orifice d'une crypte bourrée de concrétions. Si l'on comprime l'amygdale avec un stylet ou un pinceau d'ouate, on énuclée ces points caséeux.

L'angine ***herpétique*** est caractérisée par la formation dans le pharynx, sur le voile et l'amygdale, de **vésicules**, dont la rupture donne naissance à de petites ulcérations ou plaques pseudo-membraneuses opaques.

Les ***angines pseudo-membraneuses non diphtériques*** se traduisent par la présence de fausses membranes et par des symptômes locaux et généraux analogues à ceux de la diphtérie, mais il n'y a pas de bacilles de Löffler.

Ce sont surtout des angines à *streptocoques*, mais on rencontre aussi le pneumocoque, le staphylocoque.

Ces amygdalites sont très souvent secondaires à la scarlatine; parfois leur pronostic est des plus graves.

Objectivement le pharynx est *rouge*, *tuméfié*, des *fausses membranes tapissent les amygdales*, *les piliers*, *parfois la luette*. Les symptômes généraux sont *graves*.

C'est ici que le diagnostic bactériologique s'impose.

L'***angine diphtérique*** est provoquée par le bacille de Löffler.

Inutile de rappeler longuement qu'il y a des formes *bénignes*, des formes *malignes*, toxiques; des formes *associées*, les plus virulentes, dues à des associations microbiennes, en particulier au streptocoque.

Je ne décris pas les symptômes généraux, les adénopathies, les complications, bien connues de tous les praticiens.

Il faut avoir présent à l'esprit et à l'œil les *caractères de la fausse membrane* : jaune-grisâtres, adhérentes à la muqueuse, épaisses; se reproduisant rapidement dès qu'elles ont été détachées, localisées dans le pharynx, dans les formes bénignes; envahissant la gorge, le nez, le larynx, dans les formes malignes.

L'***angine ulcéro-membraneuse chancriforme***, dite ***angine de Vincent***, mérite une mention particulière. C'est une angine contagieuse produite par un bacille fusiforme, caractérisée par la présence d'ulcérations et de fausses membranes sur les amygdales. Elle ressemble fortement *au chancre* par son aspect et son unilatéralité fréquente; d'où les erreurs de diagnostic possibles.

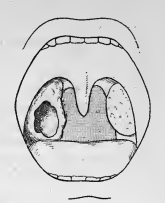


Fig. 372. — Amygdalite ulcéro-membraneuse, ou chancriforme.

Cliniquement l'affection évolue en deux temps, elle est marquée d'abord par la présence d'une *fausse membrane* amygdalienne, blanchâtre, peu adhérente, qui se reproduit facilement et détermine des symptômes généraux modérés, avec réaction ganglionnaire sous-maxillaire; quelques jours après, apparaît une *ulcération*, à bords taillés à pic qui entame le pilier, creuse l'amygdale, et dont le fond renferme un exsudat pseudomembraneux. L'amygdale est très tuméfiée, mais non indurée.

La durée d'une pareille angine, évoluant sans grand fracas, est de deux à trois semaines environ.

B. — *TRAITEMENT DES ANGINES BLANCHES*

L'indication est de calmer la douleur à la déglutition et de favoriser l'élimination des points pultacés et des fausses membranes.

Le médecin prescrira : des gargarismes alcalins, chauds; des lavages de gorge avec le bock, également très chauds, émollients ou alcalins, fréquemment répétés dans la journée. Enfin l'examen bactériologique dans les cas douteux sera pratiqué.

Faut-il en pareil cas, faire une ***injection de sérum*** antidiphtérique? Non, s'il n'y a aucune urgence. Au contraire, dans les cas sérieux, avec état général grave, recourir au sérum de Roux, sans attendre le résultat de l'examen.

Ce sera 10 ou 20 centimètres cubes, selon les cas; la technique est exposée dans les manuels de pathologie interne et des maladies de l'enfance.

Le traitement de l'angine de Vincent est un peu spécial. Il

réclame un *antiseptique local*. On a recommandé le chlorate de potasse en collutoire, l'acide phénique, et surtout des badigeonnages locaux de bleu de méthylène qui réussit particulièrement bien.

La plupart du temps, l'angine ulcéro-membraneuse s'observe chez des malades dont l'état de la cavité buccale laisse à désirer (chicots, gingivite, carie dentaire) et qui exige une hygiène sévère.

Il faut éviter dans le traitement des angines :

d'employer pour les lavages des solutions *très antiseptiques*, qui sont plus ou moins toxiques ;

de pratiquer des *badigeonnages* pharyngés, très violents, pour détacher les fausses membranes.

ABCÈS DU PHARYNX

Ses quatre localisations sont indiqués sur la fig. ci-dessous.

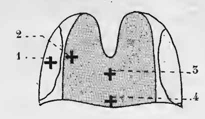


Fig. 373. — Le siège des abcès du pharynx.

1. Abcès de l'amygdale. — 2. Abcès latéro-pharyngien. — 3. Abcès rétro-pharyngien (enfants). — 4. Abcès de la base de la langue (amygdale linguale).

1° ABCÈS DE L'AMYGDALE

A. — *SIÈGE*

Examinez les coupes suivantes : elles indiquent le siège variable de ces abcès.

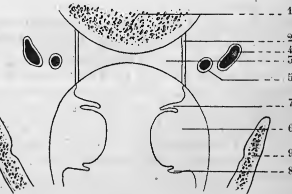


Fig. 374. — Coupe horizontale schématique du pharynx.

1. Colonne vertébrale. — 2. Aponévrose pharyngée latérale. — 3. Loge prévertébrale. — 4. Jugulaire. — 5. Carotide. — 6. Amygdale. — 7. Pilier postérieur. — 8. Pilier antérieur. — 9. Maxillaire inférieur.

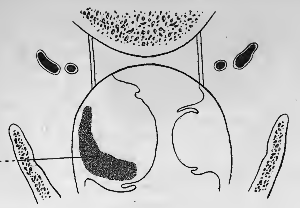


Fig. 375. — Abcès de l'amygdale, antérieur et péri-amygdalien, avec le siège du pus (1).

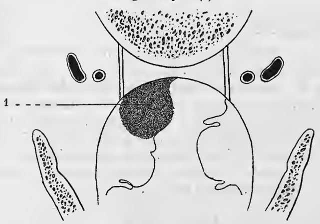


Fig. 376. — Abcès rétro-amygdalien, avec le siège du pus (1).

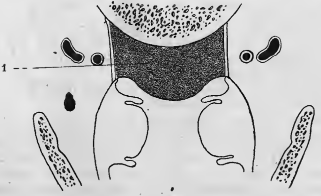


Fig. 377. — Abcès rétro-pharyngien, avec le siège de la collection purulente (1).

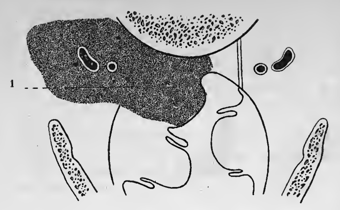


Fig. 378. — Abcès latéro-pharyngien. Le pus (1) entoure parfois les vaisseaux du cou.

B. — *ÉVOLUTION*

Tantôt les symptômes *généraux* : fièvre, courbature, malaise, dominent la scène au début.

Parfois ils sont peu marqués, et d'emblée les signes locaux prédominent. Le malade accuse une vive *douleur* locale, qui s'exagère et devient atroce à chaque mouvement de la déglutition ; l'alimentation, même avec les liquides, devient impossible : au bout de quelques jours le malade a du *trismus* et ne peut entr'ouvrir la bouche ; la voix est empâtée, nasonnée ; l'haleine est fétide ; la salive s'écoule en bavant.

C. — *VOUS RECONNAITREZ*

Un ***abcès pré-amygdalien*** (variété de beaucoup la plus fréquente), à une voussure énorme et latérale du voile du palais, avec œdème et infiltration du pilier antérieur, qui est rouge et bombé en avant. La luette est œdématiée, l'amygdale rétropulsée, l'isthme du gosier asymétrique.

Dans cette forme, prédominent le **trismus** (dû à la constriction des masticateurs) et la **dysphagie.**

Un ***abcès rétro-amygdalien*** se reconnaît à la présence d'un **œdème** énorme du pilier postérieur, qui contraste avec l'intégrité de l'amygdale et souvent du voile : cet œdème représente une longue colonne, d'aspect gélatiniforme, analogue à une vessie natatoire de poisson. Ici, la **dysphagie est extrême**, le trismus faisant souvent défaut.

Au point de vue de l'évolution :

Retenez que la collection purulente est généralement formée du 3e au 5e jour; que l'**ouverture spontanée** peut se faire seulement vers le 10e jour, à travers ou en avant de l'amygdale et que cette évacuation est suivie d'un soulagement immédiat.

Parfois alors c'est la *guérison* complète; quelquefois il persiste un clapier, et un **abcès chronique de l'amygdale avec fistule** se constitue; d'autres fois enfin, les abcès surviennent *à répétition*.

Des *complications* septicémiques, viscérales, la phlébite de la jugulaire, ont été signalées, qui peuvent tuer le malade; d'où la nécessité, pour le praticien, de traiter correctement tout phlegmon amygdalien.

D. — *TRAITEMENT*

1. — *Ce qu'il faut éviter.*

A. ***Certaines pratiques thérapeutiques.*** — Prescription de *vomitifs* et application de *sangsues* sont d'un autre âge et doivent être abandonnées. *Collutoires* pseudo-anesthésiques, *badigeonnages*, etc., ont calmé bien peu de malades, mais leur multiplicité a pu souvent les faire patienter jusqu'à l'heure de la délivrance ! Quant aux *gargarismes*, toute la gamme polychrome y passe souvent : les émollients, les calmants, les astringents et les antiseptiques ; souvent, du reste, ils sont réclamés par le patient pour faire « mûrir » l'abcès. Leur efficacité est nulle et leur usage souvent impossible, car ils déterminent de vives douleurs et augmentent la dysphagie (1).

B. ***Une abstention opératoire trop prolongée.*** — La crainte de la carotide ne constitue pas ici le commencement de la sagesse thérapeutique. Il ne faut pas parce que la région est vasculaire, le pus souvent profond, la ponction parfois blanche, pratiquer une abstention systématique et n'ouvrir que lorsque le pus est « à fleur de bistouri ». Beaucoup de phlegmons amygdaliens s'ouvrent spontanément, d'accord, mais au bout de combien de jours ? 6, 8, 10 parfois, et après quelles douleurs ! D'autre part, combien de complications graves dues à la thérapeutique du rien-faire !

(1) Georges Laurens. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique (*Traité de medecine opératoire et de Thérapeutique chirurgicale*, Berger et Hartmann). Paris, G. Steinheil, 1906, et *La Clinique*, 1908.

2. — *Ce qu'il faut faire.*

1° *Calmer les douleurs* ;

2° *Ouvrir l'abcès* quand le pus est collecté.

1° ***Calmer les douleurs***. — Voilà la principale indication pendant les deux ou trois premiers jours.

Prescrivez donc l'application permanente de **compresses humides chaudes** autour du cou, et l'*ingestion de glace* à l'intérieur. La glace est un merveilleux anesthésique pour calmer la dysphagie. Alimentation liquide et glacée.

Recommandez des **siphonnages** de la gorge avec de l'eau de seltz ; vous procurez de la sorte à votre malade une sensation de fraîcheur et d'acidité qui éteindra un peu sa soif ardente. En outre, ces siphonnages dissolvent bien les mucosités et sécrétions qui remplissent tout l'arrière-gorge. Faites alterner avec de grandes douches et des **lavages** de bouche, alcalins, très chauds, donnés avec le bock, avec une pression modérée.

Ceci vous permet d'attendre que le pus soit formé.

2° ***Ouvrir l'abcès***. — *Quand? où?* et *comment?* voilà les trois questions que se pose le praticien :

A. **Quand?** — Il faut inciser quand le pus est collecté. Or, vous reconnaîtrez la suppuration à certains symptômes pathognomoniques, qui apparaissent trois, quatre ou cinq jours après le début de la maladie, comme nous l'avons vu précédemment.

D'une manière générale, on peut dire qu'on trouvera le pus dès la présence de l'*œdème* : voilà le signe capital.

B. **Où faut-il ouvrir?** — La topographie même de l'abcès indique la marche du bistouri. Les phlegmons antérieurs seront attaqués, soit à travers le pilier antérieur, soit plutôt en insinuant un crochet entre ce pilier et l'amygdale. Les phlegmons rétro-tonsillaires seront évacués par une ponction faite en arrière de l'amygdale, à travers le pilier postérieur.

C. **Comment inciser?** — L'*anesthésie* de la région avec une solution de cocaïne concentrée, même au dixième, est illusoire ; les tissus enflammés prennent mal la cocaïne. La rapidité opératoire est le meilleur anesthésique. Cependant une application locale du mélange de Bonain :

Chlorhydrate de cocaïne.	ãã
Menthol.	ãã
Acide phénique neigeux.	ãã

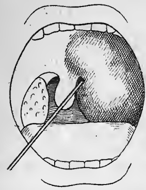
peut atténuer la douleur.

Comme *instruments* : un bistouri, une pince coudée, une sonde cannelée et une cuiller pour déprimer la langue.

La *technique* varie, selon que vous êtes en présence d'un phlegmon pré- ou rétro-amygdalien.

Abcès antérieurs. — Deux modes d'ouverture : 1° la *discision* (fig. 379 et 380) ; 2° l'*incision* (fig. 381).

Abcès postérieurs. — Incisez à travers l'épaisseur du pilier postérieur, également d'avant en arrière, mais sans obliquer en



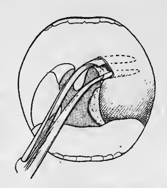
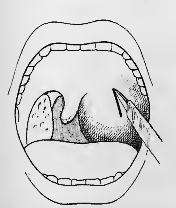


Fig. 379. — Ouverture d'un abcès antérieur de l'amygdale avec un crochet ou une sonde cannelée coudé, introduits à la partie supérieure entre le pilier et l'amygdale. Dilacérez de haut en bas.

Fig. 380. — Ouverture d'un abcès antérieur de l'amygdale avec une pince coudée.



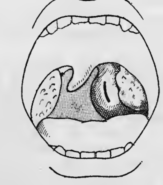
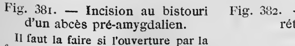


Fig. 381. — Incision au bistouri d'un abcès pré-amygdalien.

Fig. 382. — Incision d'un abcès rétro-amygdalien.



Il faut la faire si l'ouverture par la fossette sus-amygdalienne, avec le crochet coudé, ne rencontre pas le foyer. Pour éviter toute fausse route et les vaisseaux du cou, établissez une ligne fictive qui relie la base de la luette à la dernière molaire supérieure. Là, à tra-

vers le voile du palais, ponctionnez hardiment, verticalement et à une profondeur de 1 à 1 centimètre et demi. Pas de mouchetures, mais une incision franche et profonde ; tranchez droit devant vous, directement d'avant en arrière, la pointe cependant légèrement dirigée en dedans. Si le pus ne s'échappe pas, prenez la sonde cannelée et dilacérez les tissus.

dehors, car il faut toujours compter en cette région avec l'anomalie possible de la pharyngienne ascendante.

Évacuation de l'abcès. — L'abcès ouvert, il faut le vider en sa presque totalité. Dans ce but, écartez les lèvres de la plaie avec une pince, dont vous entre-bâillerez les mors. Une bonne méthode, mais très douloureuse, consiste à monter sur une pince un tampon d'ouate, imbibée d'eau oxygénée chirurgicale neutralisée. Introduisez dans le foyer et écouvillonnez. Si le malade se laisse faire, c'est la guérison très rapide. Quelques heures après, vous ne constaterez aucune goutte de pus.

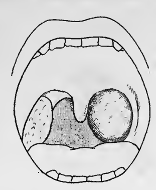


Fig. 383. — Abcès du parenchyme amygdalien (rare).

Hémorragie. — Due à l'incision de tissus infiltrés et gorgés de sang. En nappe, rarement sérieuse. Prescrivez une succion continue de fragments de glace.

Soins consécutifs. — Avant de quitter le malade, faites l'ordonnance suivante :

« 1° Gargarismes toutes les heures avec un verre d'eau bouillie « tiède additionnée de deux cuillerées à café d'eau oxygénée « neutre ;

« 2° Continuer trois fois par jour les lavages de bouche et les « douches de gorge avec le bock à injection contenant un litre « d'eau chaude bouillie, additionnée d'une cuillerée à soupe de « bicarbonate de soude, pour nettoyer la cavité buccale ;

« 3° Prendre un purgatif salin le lendemain de l'opération, — « dans le but de désinfecter le tube digestif du pus et des produits « toxiques qui ont été absorbés ;

« 4° Pendant un jour encore, continuer l'alimentation liquide « ou semi-liquide. Champagne coupé d'eau, comme stimulant ;

« 5° Après la guérison, à froid, et afin d'éviter la récidive, trai- « ter les amygdales s'il est nécessaire. »

2° ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN

Règle. **— Un abcès rétro-pharyngien, non diagnostiqué et non incisé, tue l'enfant; presque tous les abcès, traités comme il convient, guérissent.**

Ces abcès se développent dans la paroi postérieure du pharynx, aux dépens de ganglions, qui disparaissent avec la croissance.

Donc l'abcès rétro-pharyngien est une affection de la toute première enfance, et surtout du ***nourrisson***.

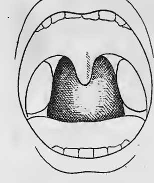


Fig. 384. — Abcès rétro-pharyngien.

Toute la paroi postérieure du pharynx forme une saillie, une voussure qui bombe fortement dans l'arrière-gorge.

A. — *DIAGNOSTIC*

En général, c'est après un coryza que vous verrez apparaître des symptômes généraux, de la fièvre, accompagnés rapidement de ***dysphagie***, l'enfant refuse le sein et pousse des cris dès les premières tétées. Bientôt surviennent des ***troubles respiratoires***, du cornage avec tirage et même des accès de suffocation. La voix même est ***nasonnée***.

Si vous *examinez la gorge*, vous constatez que la paroi postérieure du pharynx est soulevée en masse par une tuméfaction lisse, qui bombe et fait saillie dans le gosier.

Le ***toucher pharyngien*** fait nettement percevoir la fluctuation.

B. — *TRAITEMENT*

Règle. **— Toujours ouvrir l'abcès sans crainte et sans retard.**

Pas de traitement médical.

Enfant emmailloté, couché sur une table, la tête pendant en dehors, bien maintenu par un aide. Pas d'anesthésie; pas d'ouvre-bouche. Comme instruments : un abaisse-langue ou simplement

l'index, une sonde cannelée ou un bistouri long et effilé, dont une partie de la lame sera cachée par un peu d'ouate ou de diachylon.

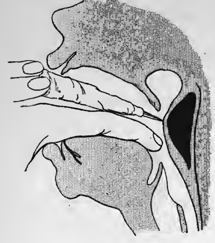


Fig. 385. — Incision d'un abcès rétro-pharyngien.

Un coup de bistouri ou de sonde cannelée sur la ligne médiane, profond, de bas en haut, et le pus jaillit. Vite, l'aide fait basculer l'enfant, tête en bas, pieds en l'air, et le pus s'écoule au dehors. Faute d'exécuter rapidement cette manœuvre, l'enfant peut *asphyxier* séance tenante, par irruption du pus dans les voies aériennes, ou avoir une *broncho-pneumonie septique* consécutive.

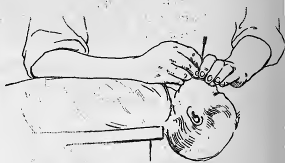


Fig. 386. — Position de l'enfant pour l'ouverture de l'abcès rétro-pharyngien.

S'il y a un accident *syncopal* par spasme de la glotte : tête en bas, flagellation du thorax, tractions rythmées de la langue.

Aucune hémorragie à craindre si votre bistouri est resté médian.

Un purgatif le lendemain, pour nettoyer le tube digestif.

Fig. 387. — Aussitôt après l'ouverture de l'abcès.

3° ABCÈS DE LA BASE DE LA LANGUE

Vous le rechercherez chez tout malade atteint de symptômes généraux, avec ***dysphagie***, empâtement de la voix, éprouvant une grande difficulté d'articulation des mots et pouvant à ***peine remuer et tirer la langue***, qui est immobilisée à sa base par l'inflammation. Souvent même, il existe une gêne respiratoire.

Le contact de l'abaisse-langue est très douloureux. La pharyngoscopie ne révèle rien.

Fig. 388 — Abcès de l'amygdale linguale.

Si vous pouvez tirer la langue au dehors, vous apercevrez avec le miroir laryngien, au niveau de la base, en avant de l'épiglotte, une tuméfaction rouge et lisse : c'est un abcès de la base.

Un laryngologiste doit être appelé pour l'inciser avec des instruments spéciaux.

PHARYNGITES CHRONIQUES

(*PHARYNGITE GRANULEUSE*)

C'est l'inflammation chronique de la muqueuse du pharynx. Cette affection est extrêmement fréquente.

SES CAUSES

L'**homme** est beaucoup plus souvent atteint que la femme, car les causes d'irritation locale sont plus fréquentes chez lui : abus du tabac, de l'alcool, de la parole. Le séjour dans un air sec et chaud prédispose beaucoup à la pharyngite (**pharyngite des fumeurs, des alcooliques**).

L'**état général** favorise souvent l'inflammation chronique du pharynx ; en particulier, l'**arthritisme**, la goutte, mais il faut un élément local provocateur.

Et c'est presque toujours une affection du nez que l'on trouve comme origine à toute pharyngite ; l'**obstruction nasale**, quelle qu'en soit la cause (rhinite hypertrophique, déviation de la cloison, végétations adénoïdes, polypes du nez, sinusite, ozène) : d'une part, provoque la sécheresse de la gorge, le sujet ayant une respiration presque uniquement buccale ; d'autre part, irrite la muqueuse pharyngée, par ce fait que le sujet, au lieu de se moucher normalement, « se mouche en quelque sorte par la gorge. »

LES SYMPTOMES

Vous serez souvent consulté pour ce que les malades appellent « ***leurs granulations*** ». Interrogez-les sur ce qu'ils entendent ainsi, et ils vous déclareront qu'ils ont la gorge encombrée de **mucosités**, surtout le matin au réveil, ils éprouvent une **sensation** de **gêne**, de **raclement**, de corps étranger entre le nez et la gorge, qui nécessite *des efforts* pour expulser des sécrétions visqueuses et plus ou moins abondantes.

En outre, ils ont des picotements, des chatouillements, une sorte de cuisson, qui provoquent une **toux** pénible, sèche et fatigante, et parfois un **hemmage** continu des plus désagréables.

A ce tableau, joignez des poussées d'**enrouement** très fréquentes, qui gênent la vie professionnelle de beaucoup de sujets.

Dans un certain nombre de cas le malade vient vous demander avis, non pas pour sa gorge, mais pour une **surdité** qui s'exagère, pour des **bourdonnements** : c'est un sujet plétorique, à face rouge et vultueuse; l'examen de l'oreille vous conduit à celui du nez et du pharynx et c'est par hasard que vous découvrez la pharyngite. Or c'est précisément cette hyperémie chronique du pharynx, latente, associée à la rhinite, qui a provoqué la salpingite et l'otite moyenne catarrhale.

EXAMEN DU PHARYNX

Vous verrez plusieurs « images », selon le stade et la forme de la maladie, autrement dit : tantôt des *sécrétions*, tantôt une *rougeur avec gonflement*, tantôt au contraire un *amincissement avec pâleur* de la muqueuse.

Les ***sécrétions*** (*pharyngite catarrhale*) tapissent tout le pharynx, elles descendent de l'arrière-nez. Parfois, sur le fond rouge de la luette et du voile du palais, vous apercevrez un grand nombre de petits grains brillants, transparents, formés de

petites *gouttelettes de mucus* sécrété par les glandes. Dans cette forme de la maladie l'inflammation chronique de la muqueuse s'est localisée sur les *glandes*, l'hypersécrétion du mucus constitue le catarrhe ; c'est un point capital à retenir.

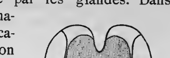


Fig. 389. — Un pharynx normal.

Dans une autre forme de la maladie, toute la muqueuse des piliers, du voile, est épaissie, rouge ; la luette est tuméfiée, la paroi postérieure est très épaisse : il y a une ***hypertrophie généralisée*** de la ***muqueuse*** (*pharyngite hypertrophique*). Il semble qu'il y ait une sorte de rétrécissement de la cavité pharyngée dû à l'épaississement des tissus.

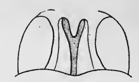


Fig. 390. — Pharyngite hypertrophique.

Parfois l'hypertrophie est circonscrite, et, au lieu d'une tuméfaction avec rougeur diffuse de tout l'arrière-gorge, vous apercevez simplement sur la paroi postérieure du pharynx des îlots rouges, granuleux, du volume de la moitié d'un pois, isolés; ce sont des ***granulations***, et le terme de *pharyngite granuleuse* qui doit être très restreint ne s'applique qu'à cette variété de lésion. Ces granulations sont constituées par l'hypertrophie du tissu adénoïde de la muqueuse.



Fig. 391. — Pharyngite atrophique.

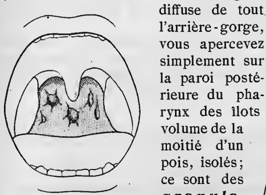


Fig. 392. — Pharyngite granuleuse.

On voit sur la paroi postérieure du pharynx des saillies ou *granulations* entourées chacune d'un petit réseau vasculaire.

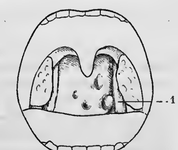


Fig. 393. — Pharyngite latérale ou faux-piliers.

Elle se traduit par la présence d'un bourrelet uniforme, lisse, situé en arrière du pilier postérieur, dans la gouttière latérale du pharynx (1).

En d'autres termes, la pharyngite granuleuse est une forme, très atténuée, de la pharyngite hyper-

trophique. L'hypertrophie de la muqueuse forme parfois un long cordon rougeâtre, qui double dans toute sa hauteur les piliers postérieurs, simulant des **faux piliers.**

Enfin, une dernière forme se caractérise par l'atrophie de la muqueuse, qui est pâle, amincie, sèche (*pharyngite atrophique*). Très souvent elle est liée à un abus de pointes de feu ou à la propagation de l'atrophie de la muqueuse du nez (ozène).

LE TRAITEMENT

1. — *Il ne faut pas.*

Attribuer aux granulations plus d'importance qu'elles n'en méritent et, chaque fois qu'un malade toussote, expectore, racle de la gorge d'une façon chronique, diagnostiquer et soigner une pharyngite granuleuse, sans avoir fait la pharyngoscopie, — alors qu'il n'y a peut-être aucune lésion de la gorge, mais simplement une affection nasale.

User et abuser de toute la lyre des gargarismes, des Eaux-Bonnes en boisson dans la tasse de lait chaud, et surtout de la cautérisation, de « l'abonnement à la pointe de feu », source de profits pour l'un, d'atrophie pour la muqueuse de l'autre.

2. — *Il faut.*

a. — Traiter la pharyngite chronique pour éviter des poussées de *pharyngite* et d'*amygdalite aiguë, récidivantes*; pour parer aux **complications** à distance (surdité, bourdonnements, *laryngo-trachéites*, et souvent à la longue des troubles neurasthéniques).

b. — Instituer un **traitement causal**, suffisant souvent à la guérison des troubles pharyngés. Diagnostiquez et enlevez des végétations, des polypes du nez, soignez une sinusite; désobstruez un nez bouché; morcelez des amygdales infectées et le malade sera guéri, sans le secours d'un seul gargarisme.

c. — Prescrire un **traitement local.**

Gargarismes et lavages de gorge et du nez, avec des solutions *alcalines* (carbonatées, bicarbonatées).

Cautérisations des granulations, si elles sont très abondantes;

Gargarismes iodés dans les formes atrophiques. (Bien éviter les

préparations iodées dans les pharyngites hypertrophiques, car l'iode augmente les troubles congestifs.)

Iode métalloïde.	1 gramme.
Iodure de potassium	3 grammes.
Glycérine.	100 —

Une cuiller à café dans un verre d'eau tiède. Se gargariser matin et soir.

Badigeonnages iodés de la muqueuse du pharynx, pour combattre la sécheresse dans l'atrophie. L'iode excitera la sécrétion glandulaire.

Iode métallique.	1 gramme.
Iodure de potassium	4 grammes.
Glycérine.	30 —

Deux badigeonnages par semaine.

d. — Traiter l'**état général.**

Vous conseillerez une cure hydro-minérale : le Mont-Dore aux arthritiques congestifs, atteints de pharyngite hypertrophique ; Challes, Cauterets, Luchon, aux formes atrophiques.

L'hydrothérapie, l'exercice, le régime, le traitement diathésique ne seront pas oubliés. Cessation du tabac, de l'usage des *mets épicés, de l'alcool,* repos vocal.

AMYGDALITE LACUNAIRE CASÉEUSE OU AMYGDALITE CRYPTIQUE

C'est l'inflammation catarrhale chronique des cryptes amygdaliennes, qui survient aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (1).

DEUX MOTS DE PATHOGÉNIE

Sous l'influence de l'inflammation de l'amygdale, les orifices des cryptes s'oblitèrent par-

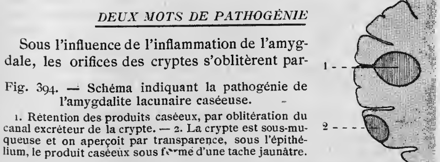


Fig. 394. — Schéma indiquant la pathogénie de l'amygdalite lacunaire caséeuse.

1. Rétention des produits caséeux, par oblitération du canal excréteur de la crypte. — 2. La crypte est sous-muqueuse et on aperçoit par transparence, sous l'épithélium, le produit caséeux sous forme d'une tache jaunâtre.

(1) *La Clinique*, 1909.

tiellement ou en totalité : il en résulte l'accumulation des sécré tions glandulaires dans les cavités cryptiques, et la formation à l'intérieur de celles-ci d'un amas caséeux qui stagne et forme un véritable corps étranger. Le magma caséeux, caractéristique de l'amygdalite cryptique lacunaire, présente le volume d'une tête d'épingle, mais peut atteindre celui d'un pois.

SYMPTOMES

Au point de vue *fonctionnel*, le malade éprouve une sensation douloureuse, des **picotements**, des piqûres, surtout au moment de la déglutition de la salive. Cette sensation est localisée soit au niveau de l'amygdale, soit plutôt dans la région sous-angulo-maxillaire, avec irradiation dans l'oreille correspondante. Elle peut siéger des deux côtés. Parfois le malade présente un **hemmage**, une sorte de *raclement pharyngé*, qui détermine l'expulsion de ces petits **amas blanc jaunâtre** caractéristiques, et s'accompagne de *toux* par accès. Dans quelques cas, la présence de ces petits corps étrangers provoque, à l'occasion d'un refroidissement ou d'une fatigue de la gorge, une amygdalite aiguë. Exceptionnellement, chez certains malades, on ne découvre la présence de l'angine cryptique qu'à l'occasion d'un examen de la gorge, l'affection ne se traduisant par aucun symptôme fonctionnel.

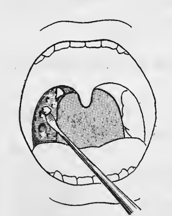


Fig. 395. — Amygdalite lacunaire caséeuse.

Voici ce que l'on constate à l'*examen du pharynx* :

1° Tantôt l'amygdalite est apparente et on aperçoit alors de **petits amas blanc jaunâtre** enkystés dans les cryptes, principalement au niveau du pôle supérieur, ou encore dans la loge pré-amygdalienne située derrière le pilier antérieur; dans ce cas, on ne peut arriver à bien découvrir le foyer caséeux qu'en soulevant et en attirant en avant le pilier, au moyen d'un crochet ou d'un stylet coudé.

L'amygdale peut parfois être farcie, en quelque sorte, de ces amas lacunaires et en comprimant la tonsille avec un portecoton on détermine l'expulsion de plusieurs de ces bourbillons comme à travers une écumoire;

2° Lorsque les orifices des cryptes s'oblitèrent, il en résulte de la rétention et l'enkystement des produits caséeux. En pareil cas, on aperçoit à la surface de l'amygdale de petites **poches jaunâtres** recouvertes par une muqueuse extrêmement mince et la ponction de ces kystes fait sourdre un magma absolument caractéristique (fig. 394).

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique; elle ne détermine que des accidents locaux : angines à répétition, phlegmons de l'amygdale.

La maladie guérit toujours par un traitement simple.

On ne la confondra pas avec la *pharyngo-mycose* (p. 314).

TRAITEMENT

Il faut éviter, avant tout, l'usage du *galvanocautère* qui risque d'oblitérer l'orifice des cryptes et d'enfermer ainsi leur contenu dans le parenchyme amygdalien. La cautérisation, en pareil cas, réaliserait la formation d'un tissu scléreux dont la présence pourrait provoquer de la rétention intra-amygdalienne et par suite de l'infection : angine, phlegmon.

Il faut ouvrir largement les orifices des loges contenant les produits caséeux, et pour cela ***sectionner avec un instrument coupant*** tous les ponts de tissu amygdalien séparant les cryptes : on réunit ainsi toutes les loges amygdaliennes entre elles; on vide leur contenu; on cautérise la profondeur à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc au dixième et, s'il résulte de cette discision la présence de fragments et de lambeaux flottants, on les excise à la *pince coupante*.

Donc traitement simple qui assure toujours et rapidement la guérison.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

I. — POURQUOI LES AMYGDALES S'HYPERTROPHIENT-ELLES ?

Histologiquement composées de tissu lymphoïde, les amygdales sont très développées dans l'enfance, parce qu'à cet âge le système lymphatique est en pleine activité. Ce sont donc les *enfants* qui sont le plus atteints. En outre, dans le jeune âge, toutes les causes d'inflammation de la gorge, les *angines*, les

maladies éruptives et *infectieuses* à détermination pharyngée sont beaucoup plus fréquentes qu'à l'âge adulte.

Dans l'enfance enfin, les *végétations adénoïdes*, de même structure que les amygdales, coexistent souvent avec l'hypertrophie des tonsilles, et la réaction de l'une agit sur l'autre.

Or toutes ces inflammations répétées des amygdales aboutissent à leur hypertrophie. Il est juste de déclarer que, chez l'adulte, les organes lymphoïdes subissent une sorte de régression et que le volume des amygdales diminue souvent à la puberté.

II. — ASPECT DES AMYGDALES HYPERTROPHIÉES

Les grosses amygdales peuvent être ***molles*** (chez l'enfant) ou ***dures*** (forme spéciale à l'adulte). C'est dans ces cas qu'il faut craindre l'hémorragie après l'amygdalotomie, car la surface de section, dure, fibreuse, laisse des vaisseaux béants à la coupe et non rétractiles.

III. — TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Gargarismes alcalins, astringents, ... donnent peu de résultats, d'autant que les enfants exécutent mal la technique.

L'application de collutoires iodés ou autres n'a jamais atrophié de grosses amygdales.

Le traitement général hydrominéral (eaux sulfureuses, arsenicales) est indiqué chez les enfants anémiques ou lymphatiques, dont l'état général prime l'affection locale (cas exceptionnels).

La *réduction des amygdales*, à l'instrument tranchant plutôt que par les cautérisations ignées, constitue le traitement classique de l'hypertrophie amygdalienne.

A. — *RÉDUCTION DES AMYGDALES PAR DES POINTES DE FEU*

Le praticien peu familiarisé avec les opérations pourra à la rigueur recourir à ce mode thérapeutique, dans les cas suivants :

Indications. — 1° par crainte d'hémorragie ;

2° quand le malade refuse l'amygdalotomie ;

3° si les enfants sont dociles.

Inconvénients. — Ils sont multiples :

La *longue durée du traitement.* — Il faut un grand nombre de

séances qui sont douloureuses et incompatibles avec l'indocilité de beaucoup d'enfants.

Des *complications ultérieures.* — Nombre d'abcès amygdaliens, chez des adultes, traités par les laryngologistes reconnaissent comme origine des pointes de feu, faites à tort et à travers dans l'enfance. Le tissu de cicatrice a oblitéré des cryptes et transformé une partie de l'amygdale en tissu fibreux qui gêne l'excrétion physiologique et pathologique de la glande.

La *récidive de l'hypertrophie.* — Récidive ennuyeuse d'abord en elle-même, et en outre, en ce qu'elle complique singulièrement un traitement ultérieur, tel que le morcellement. Le tissu scléreux résultant de l'ignipuncture prédispose aux hémorragies, et les amygdales adhérentes aux piliers sont d'une prise beaucoup plus difficile.

Des *troubles pharyngés ultérieurs.* — La sclérose cicatricielle de l'amygdale entraîne parfois des adhérences avec les piliers, d'où gêne de la déglutition, tiraillements pénibles et paresthésies pharyngées tenaces.

Technique. — Éviter le *thermocautère*, dont la chaleur de rayonnement est pénible. Employer le ***galvano-cautère.***

Règle. — N'opérer qu'une amygdale ou un segment d'amygdale à la fois. Cocaïniser avec une solution de cocaïne à 1/20 en badigeonnant à 2 ou 3 reprises pendant 5 minutes.

Enfoncer le galvano, préalablement réglé et poussé au rouge blanc, dans l'amygdale, à une profondeur de 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2, et le retirer encore incandescent, pour éviter son adhérence à la tonsille. Faire une dizaine de ponctions. Huit à douze séances environ, espacées de huit jours.

B. — *QUAND LE MÉDECIN DOIT-IL CONSEILLER L'ABLATION DES AMYGDALES?*

L'axiome : toute amygdale grosse doit être enlevée, est une erreur[1]. En effet, quand une amygdale commence-t-elle à être volumineuse? L'unité de mesure n'existe pas pour cet organe et son hypertrophie est parfois difficile à apprécier. Par ces temps où se font si facilement les « curettages de pharynx », les « raclages de gorge », nombre de mères très interventionnistes, parce que ayant suivi quelques cours d'hygiène paramédicaux, conduisent leurs enfants au médecin avec un diagnostic et un traitement

[1] *La Clinique*, 1907.

préétablis. « Mon enfant a des amygdales énormes et je viens pour les faire enlever. » C'est une phrase aujourd'hui classique.

En réalité, l'enfant a un organe normal et n'a point à subir de castration amygdalienne. La mère a fait une erreur de diagnostic dans l'interprétation de l'image pharyngienne, voilà tout. Elle a accoutumé l'enfant à montrer sa gorge chaque jour, — et de cette quotidienne habitude il n'y a qu'à la féliciter, — mais la technique employée a été défectueuse.

Pour examiner un pharynx, surtout chez un enfant, il faut éviter les deux choses suivantes :

1° Se contenter de faire simplement tirer la langue, car alors : ou l'on ne voit rien (la langue forme un dôme), ou l'on voit trop. En effet, la propulsion de la langue entraîne un rapprochement des amygdales sur la ligne médiane et elles peuvent paraître hypertrophiées alors que leur volume est normal.

2° On ne fera pas, non plus, ouvrir la bouche de l'enfant, en l'invitant à montrer sa gorge. Le petit, — s'il y consent, — dans le désir de bien faire ou dans la crainte paternelle, ouvre démesurément la bouche, se contracte au maximum en raidissant ses masséters, en écarquillant les yeux. Il en résulte une constriction synergique de l'isthme du gosier qui détermine parfois un réflexe nauséeux et fait exécuter aux amygdales une rotation en avant d'un quart de cercle, — mouvement spiroïde de Chassaignac. — Par suite, les tonsilles se rapprochent de la ligne médiane pour s'accoler parfois. D'où on tire instantanément l'équation suivante : grosses amygdales = ablation.

La pharyngoscopie et l'examen des amygdales doivent être faits de la façon que nous avons indiquée page 276.

On **enlèvera** *les amygdales* :

1° quand elles sont *obstruantes*;

2° quand elles sont *infectantes*;

3° ou lorsqu'elles *déterminent des lésions de voisinage ou à distance.*

I. — *AMYGDALES OBSTRUANTES*

Du fait qu'une amygdale est grosse, il ne saurait en résulter son ablation. Ce serait une indication opératoire trop fantaisiste et trop simpliste. En effet, nombre d'amygdales volumineuses n'ont jamais, chez les enfants et les adultes qui en sont porteurs, déterminé le moindre trouble général ou local. Mais quand les tonsilles, par leur propre accolement, entravent la ***respiration***,

sont le siège d'***inflammations répétées***, déterminent une voix d'une tonalité spéciale, « voix empâtée », on dirait que l'enfant parle « la bouche pleine », et gênent le ***développement thoracique***, l'amputation est indiquée. En pareil cas, du reste, il y a coexistence de végétations adénoïdes et l'exérèse totale s'impose.

II. — *AMYGDALES INFECTANTES*

Même si elles sont très petites, elles doivent être enlevées.

Ainsi, les ***amygdalites aiguës***, survenant plusieurs fois par an, déterminent, par leur répétition et les poussées fébriles, des troubles de l'état général. A la longue, elles hypertrophient la glande : double raison pour intervenir.

Les ***amygdalites cryptiques***, *lacunaires*, constituent une indication opératoire bien nette.

Les ***abcès*** et ***phlegmons amygdaliens*** à répétition, chez le même sujet, constituent une nécessité opératoire sur laquelle il est inutile de s'étendre.

Les ***amygdalites lacunaires caséeuses enkystées*** sont justiciables de l'ablation.

Nombre de malades, enfants ou adultes, présentent à la surface des tonsilles, des cryptes, des récessus, parfois de véritables excavations, qui logent dans leur profondeur des amas blanc jaunâtre, concrets, solides. Le malade les expulse soit par une compression digitale, soit dans un effort de toux; l'odeur de ces « calculs amygdaliens » est absolument infecte. Il en résulte des troubles digestifs dont la cause véritable est souvent longtemps méconnue. Que de malades, ayant suivi des régimes alimentaires, dont les pâtes, les purées et les fruits cuits ont formé le substratum, dont l'estomac a été lavé, qui ont fait des cures de Vichy ou autres stations hydrominérales et qui guérissent avec quelques coups de pince leur supprimant le foyer amygdalien infectant!

En résumé, on peut poser en principe que *toute infection chronique suppurée des amygdales* appelle l'instrument tranchant, comme traitement curateur.

III. — *AMYGDALES DÉTERMINANT DES TROUBLES DE VOISINAGE OU A DISTANCE*

Faut-il rappeler les *otites*, suppurées ou non, les bourdonnements d'oreille, la surdité, qui accompagnent souvent les angines,

par l'intermédiaire ou non d'une adénoïdite concomitante? Nombre de *bronchites* et d'accidents laryngo-trachéaux chez les enfants ne reconnaissent pas d'autre origine que des amygdalites préexistantes.

Des poussées d'entérite, d'appendicite, accompagnent souvent des angines ou des adénoïdites même subaiguës.

Existe-t-il un âge de prédilection pour l'ablation des amygdales?

C'est une erreur médicale et un préjugé maternel, d'admettre que l'enfant doit avoir atteint l'âge de six ou huit ans, pour être débarrassé de ses tonsilles. Attend-on la surdité pour curetter des adénoïdes ou une péritonite pour faire une appendicectomie? On objectera que les amygdales enlevées tôt repoussent plus tard. Grosse erreur, et quand cela serait? N'y a-t-il pas intérêt à supprimer un organe qui a déterminé de nombreux méfaits et qui est susceptible de provoquer des complications beaucoup plus graves que l'amygdalotomie elle-même?

Comme je le répète souvent, il *n'y a pas d'âge* pour extirper les amygdales, que le malade ait deux ans ou quarante, il *n'y a que des indications.*

Il faut donc vaincre le préjugé de l'âge, du fait de la *récidive*, comme il faut également rassurer l'adulte qui, par crainte d'*une hémorragie*, préférera avoir son phlegmon annuel.

Il y a des précautions à prendre et ceci m'amène à établir les contre-indications de l'amygdalotomie.

On ne doit pas enlever les amygdales :

1° Au cours ou au décours d'une *amygdalite aiguë*, car l'hyperémie et la vascularisation anormale du parenchyme amygdalien provoqueraient une hémorragie facile;

2° Pendant la *période menstruelle* et chez les *hémophiles*, par crainte d'hémorragie.

C. — *L'AMYGDALOTOMIE A L'USAGE DES PRATICIENS*

Règle. — *Ne vous servez jamais de l'amygdalotomie.*

Le procédé d'amygdalotomie *par morcellement*, avec une pince,

est d'une exécution tellement simple qu'il est à la portée de tout médecin [1].

Ses ***avantages*** sont multiples : 1° *simplicité opératoire*, une pince pour tout instrument; 2° *absence d'hémorragie* : l'instrument ne sectionne pas les artères, mais écrase leurs parois; 3° *peu de réaction locale et douloureuse*; 4° *méthode applicable à l'adulte et à l'enfant.*

Comme *instrument spécial* : une pince emporte-pièce. Comme *anesthésique* : de la cocaïne chez l'adulte, une solide contention chez un enfant. Il ne faut rien de plus pour enlever des amygdales.

Au début, ne vous embarquez que dans des cas faciles, c'est-à-dire chez des sujets porteurs de grosses amygdales.

Il faut considérer :

l'*organe* à sectionner;

les *précautions* à prendre avant l'opération;

les *préparatifs*;

l'*opération* elle-même ;

les *soins consécutifs.*

I. — *MÉMENTO ANATOMIQUE*

« Le chirurgien doit être, premièrement, lettré d'anatomie, car sans icelle, il n'y a rien de fait en chirurgie. » C'est exact, il

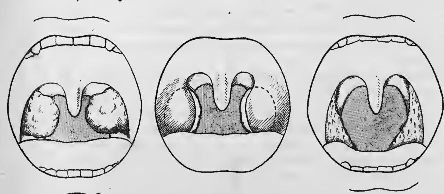


Fig. 396. — Amygdales pédiculées. Fig. 397. — Amygdales enchatonnées. Fig. 398. — Amygdales plongeantes.

n'y a rien de fait, si le praticien n'a souvenance des notions anatomiques suivantes, des plus élémentaires :

1° *Au point de vue topographique et chirurgical*, les amyg-

(1) *La Clinique*, 1907.

dales se présentent sous les deux aspects que nous avons signalés : type ***pédiculé***; type ***enchatonné***.

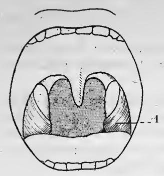


Fig. 399. — Repli de His, expansion du pilier antérieur recouvrant une partie de l'amygdale.

Avant de faire l'amygdalotomie, il faut sectionner ce repli.

D'où les deux déductions opératoires suivantes : 1° la glande fait hernie, se présente comme une petite tumeur arrondie ou ovoïde, *pédiculée* : *cas facile à opérer*; 2° l'amygdale est recouverte par les piliers, elle est *enchatonnée* : *cas difficile*.

Le praticien non familiarisé avec la pratique laryngologique ne devra intervenir que dans le premier cas.

2° *Au point de vue vasculaire*, l'ouverture de la carotide est un mythe; elle passe à un centimètre en dehors de la glande.

II. — *PRÉCAUTIONS PRÉ-OPÉRATOIRES*

Pas d'hémorragie, pas d'infection, une intervention complète : voilà la formule.

Pour éviter l'hémorragie, sachez que celle-ci dépend :

1° Soit d'une **cause anatomique**, c'est-à-dire de la section des vaisseaux traversant la capsule fibreuse (cas tout à fait exceptionnel);

2° Soit d'une **faute opératoire** (cas plus fréquent, mais *évitable*). Donc : — *a*) n'employez jamais l'amygdalotome chez l'adulte car les parois vasculaires ont perdu leur élasticité et l'amputation à la guillotine laisse les vaisseaux béants au niveau de leur surface de section; — *b*) ne mordez pas avec votre instrument sur les piliers et sur le voile; — *c*) et surtout, opérez toujours *à froid* en dehors de toute période inflammatoire. Cette dernière règle est la plus mal observée de toutes et tous les cas d'hémorragie mortelle « non publiés » sont dus à une intervention faite au décours d'une angine.

Pour éviter l'infection de la surface cruentée, après l'opération, n'enlevez jamais les amygdales à un malade convalescent d'une maladie microbienne, générale ou locale, ou si vous êtes dans un milieu où règne une épidémie.

Enfin, pour faire une bonne, utile et complète intervention, si

vous êtes débutant, ne vous attaquez jamais qu'aux grosses amygdales, pédiculées, bien à jour et non masquées par les piliers.

III. — *PRÉPARATIFS*

Une table et deux chaises faisant vis-à-vis. Un bon éclairage : la lumière du jour suffit.

La ***table***. — Placée en face d'un fenêtre, elle supportera : 1° un *plateau* ou un *bassin* en tôle émaillée contenant *les instruments* stérilisés à l'eau bouillante pendant cinq minutes (un stylet de trousse, un abaisse-langue et la pince coupante, un ouvre-bouche enfin s'il s'agit d'un enfant); 2° le flacon de cocaïne anesthésique; 3° de la ouate hydrophile pour faire de petits pinceaux avec le stylet; 4° de la glace pilée (glace alimentaire) pour calmer la douleur et faire l'hémostase; 5° un bassin haricot pour faire cracher le malade.

Le ***médecin*** et l'***opéré***. — Assis sur les deux chaises, se font vis-à-vis. Protégés par des serviettes contre les éclaboussures.

S'agit-il d'un ***enfant***, faites évacuer les réservoirs, vessie et ampoule rectale, afin d'éviter une inondation fâcheuse. Expliquez à l'assistant bénévole, au domestique, qui vous tiendra cet enfant, tout ce que vous attendez de lui : solides muscles, passivité, une bonne présentation du sujet par la face, sans rotation à droite et à gauche, tête non fléchie ni défléchie, mais absolument droite. Dites-lui, ce qui est l'exacte vérité, que le succès opératoire dépend pour les trois quarts de la bonne contention de l'opéré. Ce mode de participation le flattera et stimulera le tonus de ses biceps.

L'enfant sera alors enveloppé dans un drap, assis sur les genoux de l'aide, qui croisera ses jambes par-dessus celles de l'enfant pour bien les immobiliser. La tête sera solidement maintenue par la main gauche de l'aide, tandis que sa main droite maintiendra les deux bras du petit opéré (fig. 16).

IV. — *OPÉRATION*

Priez la famille de se retirer, malgré toutes ses protestations de courage, les supplications, le désir, et souvent la volonté nettement exprimée d'assister à l'opération. Au besoin, poser la question de confiance.

1° ***L'instrument opératoire*** (fig. 400).

2° ***L'anesthésie.*** — **Chez l'enfant**, la contention bicipitale. **Chez l'adulte** et chez les enfants raisonnables, à partir de huit à dix ans : l'anesthésie locale au moyen d'une mixture spéciale, dite ***mélange de Bonain*** (de Brest), liquide sirupeux dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne.	ãã 2 gr.
Menthol	
Acide phénique neigeux.	

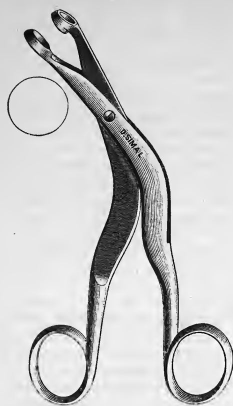


Fig. 400. — Pince de Ruault pour le morcellement de l'amygdale.

C'est une pince à mors fenêtrés, épais, pour bien écraser les tissus ; mais *non tranchants*, afin d'éviter leur section. L'ablation doit résulter, non pas d'une coupure nette, mais d'un écrasement qui se produit au moment où les mors s'emboîtent l'un dans l'autre. Deux modèles de pinces suffisent en pratique, une droite volumineuse, une plus petite, coudée, pouvant morceler à droite aussi bien qu'à gauche. Dès qu'une pince fonctionne mal et arrache au lieu d'écraser, faites-la réparer.

Bien appliqué, il donne une anesthésie presque parfaite. *Mode d'emploi* : à l'extrémité du stylet, enroulez un petit flocon d'ouate, pour faire un pinceau que vous imbiberez avec quelques gouttes. L'abaisse-langue mis en place, frictionnez doucement avec le pinceau l'amygdale qui, en quelques secondes prend une coloration opaline ; nouvelle friction en contournant l'amygdale en haut, en arrière, en introduisant au besoin le pinceau dans les cryptes, de façon à bien imbiber le parenchyme. En une minute, quand l'amygdale a pris une couleur que je compare à celle d'une *plaque muqueuse*, l'anesthésie est complète ou presque : vous pouvez opérer. Pas de crainte d'intoxication cocaïnique, mais ne dépassez pas deux badigeonnages par amygdale.

3° ***Technique opératoire.*** — On peut faire l'amygdalotomie

en une seule ou en plusieurs séances. Une seule, s'il s'agit d'un

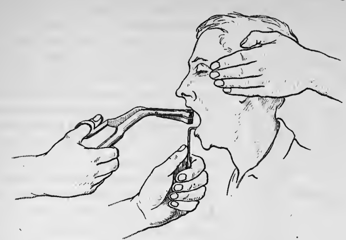


Fig. 401. — Le morcellement des amygdales.

enfant ou d'un adulte qui désire être débarrassé en une fois. Plus

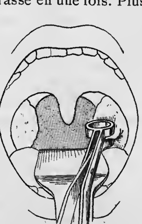


Fig. 402. — Technique.

On applique la pince sur l'amygdale, comme on peut, soit de haut en bas, soit obliquement d'avant en arrière. L'essentiel est de faire une première bonne prise, qui détermine dans la glande une encoche dont les bords vont servir d'amorce et de prise aux bords de l'instrument. Je conseille toujours de commencer par le pôle inférieur : 1° parce qu'il est souvent plongeant dans le pharynx et négligé par l'opérateur; 2° parce que chaque coup de pince déterminant un suintement sanguin, le médecin, en travaillant de bas en haut, n'aura pas le champ opératoire masqué par un écoulement : la pince mordra toujours à blanc[1].

Deux ou trois coups d'une grosse pince suffisent à amputer une amygdale.

Faites les prises d'une *main ferme* et *rapprochez les mains lentement*, mais avec force, de manière à écraser d'abord les tissus et à sectionner ensuite le morceau. Au moment de l'écrasement, l'amygdale pâlit, devient exsangue; elle s'exprime en quelque sorte de toutes ses concrétions qui s'échappent par les cryptes.

Si la section a été incomplète et que le fragment amygdalien adhère à la glande par un pédicule, n'arrachez pas ce fragment, ce qui pourrait déterminer de la douleur, mais lâchez la prise, mettez de côté la pince défectueuse et prenez-en une autre.

L'amputation unilatérale terminée, opérez l'autre côté par le même procédé. Quelquefois chez l'enfant, vous serez gêné par les mucosités et le sang : ne cherchez pas à éponger, allez vite.

1. Georges LAURENS : *Chirurgie oto-rhino-laryngologique* (Steinheil, éditeur, Paris, 1906).

sieurs séances, si le sujet est pusillanime ou a des occupations qui ne lui permettent pas de s'immobiliser, même vingt-quatre heures.

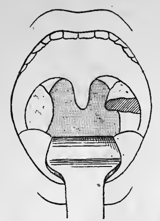


Fig. 403.

En pareil cas, on fera l'exérèse en quatre fois et on amputera les amygdales par territoire. Dans la première séance, on coupera le pôle inférieur d'une tonsille, dans la seconde séance son pôle supérieur, et ainsi pour la seconde glande. Ce mode de procéder a le double avantage : 1° de ne pas immobiliser le malade chez lui, même pendant quelques heures, car on peut lui permettre de reprendre son travail une heure après l'opération; 2° de faire une anesthésie presque parfaite, car on localise et on circonscrit toute la cocaïne en un seul point.

Voici comment vous procéderez au *morcellement* (fig. 402).

V. — *DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS OPÉRATOIRES*

Aucune *difficulté*, si vous n'opérez que des amygdales facilement extirpables, bien pédiculées. Mais si vous intervenez sur des amygdales enchatonnées, toute une série de complications vous attendent.

Accidents. — Ce sont :

1° ***La blessure des piliers et la morsure de la luette.*** — Vous ne les craindrez pas si vous opérez avec un bon éclairage et si vous n'êtes pas trop gourmand dans vos prises;

2° ***L'hémorragie.*** — Vous l'éviterez en prenant les précautions indiquées. Vous ne l'aurez pas non plus, si vous évitez de trop bien sculpter la loge amygdalienne et de fouiller trop profondément avec la pince.

Évidemment, pendant l'acte opératoire, le sang coule. Recommandez instamment au malade de ne pas faire des efforts incessants pour cracher; ce sera difficile à obtenir, même de la part de malades intelligents. Si vous amputez les deux tonsilles dans une seule séance, faites sucer de la glace par petites cuillers à café, dans l'intervalle de plusieurs coups de pince : le sang s'arrêtera momentanément.

VI. — *SUITES POST-OPÉRATOIRES*

Chez l'adulte. — 1° Dans les cas de *morcellement partiel*, faites prendre un peu de glace qui agira comme anesthésique sur les surfaces cruentées et comme hémostatique. Une cuiller à café toutes les deux minutes pendant un quart d'heure (glace alimentaire bien entendu, et non souillée).

Badigeonnez la plaie opératoire avec un pinceau imbibé de teinture d'iode pure, excellent vernis protecteur contre l'infection. L'opéré pourra immédiatement vaquer à ses occupations, s'alimenter comme à l'ordinaire. La douleur à la déglutition est très supportable. Pas de gargarisme. Pas de lavages.

2° S'agit-il d'un *morcellement total* : succion de glace pendant une heure contre la douleur. Alimentation liquide ou composée de purées, pâtes, crèmes, œufs, pendant les trois premiers jours. Le malade gardera la chambre ou l'appartement pendant deux ou trois jours.

Chez l'enfant. — Succion de glace, s'il y consent. S'il saigne et si vous avez ouvert une artériole qui donne (cas exceptionnel), ouvrez la bouche de force et donnez la glace avec une cuiller à café, jusqu'à hémostase. La chambre, pendant trois à cinq jours, selon la saison. Pas de refroidissement. Soustraction à tout milieu épidémique : angine, grippe.

Comme alimentation : le premier jour, liquides froids, quels qu'ils soient. Le deuxième, le troisième et le quatrième : lait, bouillon, potages, purées, crèmes, cacao, farines, œufs, ... (ni pain, ni viande). Régime habituel le cinquième jour. Données très schématiques du reste, qui varient selon la réaction post-opératoire.

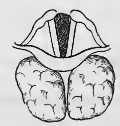


Fig. 404. — Hypertrophie de l'amygdale linguale, telle qu'elle apparaît dans le miroir laryngien.

Elle détermine souvent une sensation de corps étranger.

Ne soyez pas surpris d'une légère ascension thermique pendant deux jours, résultant de l'impossibilité de l'asepsie de la région.

Et enfin, en quittant la famille, n'omettez pas de prévenir que si, par hasard, la mère jette un regard curieux dans la gorge de son enfant, elle ne soit pas surprise d'y constater la présence de deux plaques blanchâtres, qui représentent les escarres de la plaie et non la diphtérie.

PHARYNGO-MYCOSE

C'est une angine ***parasitaire*** et ***contagieuse***, essentiellement bénigne, caractérisée par la présence sur la surface des amygdales, de la paroi du pharynx et de la base de la langue, de ***points blancs***, constitués par un champignon, le *leptothrix buccalis*.

I. — *SYMPTOMES*

C'est par hasard, très souvent à l'examen de la gorge, que vous constaterez la maladie, qui ne détermine aucun symptôme; ou à l'occasion des *picotements*, des chatouillements dans le pharynx, qui amènent le malade à consulter.

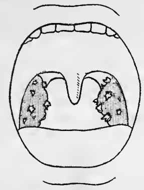


Fig. 405. — Pharyngo-mycose.

Voici ce que l'on découvre: les amygdales et parfois le pharynx, d'une coloration normale, sont parsemés de ***petites saillies, piquantes, blanchâtres***, isolées ou par touffes, simulant des crêtes de coq. Le frottement avec le pinceau ne peut arriver à les détacher, tellement elles sont ***adhérentes***. Voilà le grand caractère qui les différencie des amygdalites lacunaires, cryptiques.

II. — *TRAITEMENT*

L'affection est tellement bénigne, la guérison survenant spontanément au bout de plusieurs mois, que l'on peut ne prescrire aucun traitement. D'autant que la plupart des thérapeutiques sont rebelles : gargarismes, pointes de feu, collutoires, etc.

A l'extrême rigueur, chez les malades trop préoccupés de cette angine, conseillez l'extirpation à la pince de toutes ces touffes de mycosis, suivie de cautérisations iodées fortes. Il faut un grand nombre de séances.

Soignez plutôt l'état général, car presque toujours la maladie est fonction des troubles digestifs.

MUGUET

SIGNIFICATION ET TRAITEMENT

Le muguet est une angine ou une stomatite parasitaire, causée par l'*oïdium albicans*, presque toujours ***secondaire*** et survenant dans des états cachectiques : tuberculose, athrepsie des enfants, etc.

Il est ***contagieux***, se développe en milieu *acide*, et coïncide avec des ***troubles digestifs***.

Donc, traitement par les ***alcalins*** (gargarismes, lavages de bouche et irrigations de la gorge, attouchement des plaques avec un collutoire au borate de soude).

En outre, grande asepsie du biberon chez l'enfant et de tout ce qui touche au malade.

SYPHILIS DU PHARYNX

Vous observerez le *chancre*, mais beaucoup plus fréquemment les accidents *secondaires* et les manifestations *tertiaires*.

1° *LE CHANCRE*

Le siège de prédilection est l'amygdale.

Il apparaît sous trois formes : 1° *érosive* (l'érosion amygdalienne est recouverte d'une fausse membrane) ; 2° *ulcéreuse* à bords surélevés, indurés ; 3° *angineuse*. Dans ce cas, absence d'ulcération. On dirait une angine simple avec fièvre, troubles généraux, rougeur et tuméfaction de l'amygdale. Vous ne serez mis sur la voie du diagnostic, que par l'unilatéralité de l'affection et sa longue durée.

Dans toutes ces formes, l'amygdale est tuméfiée, rouge, indurée ; il existe une adénopathie sous-maxillaire.

2° *LES ACCIDENTS SECONDAIRES*

Pour mémoire, je ne vous rappellerai que les deux formes : 1° l'*érythème pharyngé* (méfiez-vous d'une gorge rouge vineuse

dont la coloration contraste avec la blancheur de la cavité buccale); 2° les *plaques muqueuses* (vous ne pouvez les diagnostiquer et bien les voir qu'à la *lumière du jour*). Je n'insiste pas sur leur siège : amygdales, voile; ni sur leurs caractères : opalescentes, ulcéreuses, etc.

Ces accidents s'accompagnent presque toujours de troubles de la déglutition et d'une dysphagie tenace.

3° *LES ACCIDENTS TERTIAIRES*

Voilà ceux que le praticien doit bien connaître, pour les diagnostiquer à temps et prévenir des lésions irrémédiables.

Ils sont d'autant plus sournois que leur évolution est souvent lente, *latente*, *indolore*, se fait à l'insu du malade, qui vient consulter pour un nasonnement, une gêne à la déglutition, une pharyngite; quelquefois trop tard, alors que le palais est perforé.

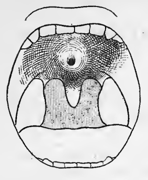


Fig. 406. — Gomme du palais en voie d'ulcération.

C'est la **gomme** qui marque l'estampille officielle de la syphilis pharyngée à la troisième période.

Elle apparaît de préférence sur le ***voile du palais***, parfois sur un pilier ou sur la paroi postérieure. Vous verrez le voile ***tuméfié, rouge***, formant une voussure bien circonscrite, qui immobilise le palais. Presque toujours le malade nasonne, car l'évolution se fait également vers le plancher de la fosse nasale. Il est grand temps d'instituer sans retard, le traitement spécifique, intensif, pour éviter l'ulcération de la gomme.

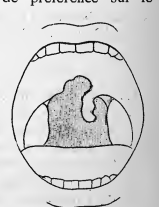


Fig. 407. — Destruction partielle du voile par une gomme ulcérée.

Cette ***ulcération*** apparaît au point culminant, grandit de jour en jour, elle est circulaire, à bords taillés à pic, cratériforme, à fond sanieux. Le voile s'ulcère, la bouche communique avec le nez, les liquides refluent ; et la

perforation gagne de proche en proche, déchiquetant la luette, les piliers, usant la voûte palatine, gagnant le vomer et donnant lieu à des accidents interminables.

Et lorsque la guérison se produit, c'est au prix de ***cicatrices***, de **brides *fibreuses***, de ***rétrécissements***, qui transforment complètement l'image du pharynx, amènent des troubles de la respiration, de la phonation, contre lesquels échoue toute thérapeutique.

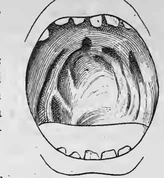


Fig. 408. — Lésions cicatricielles du pharynx consécutives à des gommes syphilitiques mal soignées ou négligées.

TRAITEMENT

C'est le traitement général, classique, aux deux premières périodes, et intensif à la troisième (4 à 6 grammes d'iodure dans la forme tertiaire, avec injection de sels solubles de mercure, — en outre le 606).

Le traitement local doit céder le pas au mercure. Quelques gargarismes émollients, des cautérisations légères au nitrate d'argent des plaques muqueuses suffisent.

TUBERCULOSE

Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose pharyngée est une *complication* de la tuberculose pulmonaire ou laryngée et elle résulte d'une auto-inoculation.

I. — *IL EXISTE DEUX FORMES CLINIQUES*

L'une, CHRONIQUE, qui est soit *ulcéreuse*, soit *lupique*.

L'autre, AIGUË, plus rare : c'est la *tuberculose miliaire aiguë*.

A. — *TUBERCULOSE CHRONIQUE, ULCÉREUSE*

C'est la forme classique.

Un tuberculeux pulmonaire accuse un jour une gêne à la déglutition, d'abord légère, qui augmente et aboutit à une dysphagie rapide. A l'examen du pharynx, vous constatez des ***granula-***

tions jaunâtres, bientôt ulcérées. Ces ***ulcérations*** irrégulières, à bords dentelés, peu profondes, à fond jaunâtre, s'étendent aux piliers, au voile, aux amygdales et au pharynx. L'affection est très douloureuse, chaque mouvement de déglutition des plus pénibles entrave toute alimentation. L'inanition hâte la fin du malade.

B. — *LUPUS*

Bien différent comme évolution. Tout à fait indolent, il ne se traduit souvent que par une gêne de la déglutition, des troubles de phonation, une sensation de gêne dans la gorge. Et le médecin ne le découvre qu'à l'occasion d'un lupus du nez ou de la face, auquel il est toujours consécutif.

Vous reconnaîtrez le lupus du pharynx à la présence de petites saillies mamelonnées, gris rougeâtre, parfois superficiellement ulcérées.

L'évolution est très longue, elle dure plusieurs années, et elle aboutit souvent à la guérison qui se traduit par des cicatrices rétractiles, par des synéchies et des adhérences, comme dans la syphilis tertiaire.

C. — *TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË*

Au cours de la granulie ou d'une tuberculose chronique, le malade est pris de symptômes pharyngés dysphagiques et douloureux, progressifs et rapides, rendant toute déglution impossible.

Objectivement la muqueuse du pharynx, rouge, est parsemée de *granulations miliaires*, gris jaunâtre, qui très rapidement *s'ulcèrent*.

Le pronostic est toujours fatal et la mort survient à brève échéance.

II. — *LA SYPHILIS NE SAURAIT ÊTRE CONFONDUE AVEC LA TUBERCULOSE DU PHARYNX*

Dans la syphilis, en effet, les ulcérations sont beaucoup plus profondes, taillées à pic, à l'emporte-pièce, moins déchiquetées et ont une marche plus rapide.

Retenez toutefois que le diagnostic entre le lupus et la syphilis peut être délicat.

III. — *TRAITEMENT*

Il doit être :

Symptomatique. — Vous **tenterez de calmer la douleur**, la **dysphagie**, par des pulvérisations de cocaïne, de morphine, par des insufflations de poudre de morphine (voir tuberculose laryngée.)

Chlorhydrate de morphine	20 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne	50 —
Orthoforme	āā 10 grammes.
Sucre de lait.	

(Les gargarismes, les inhalations et les attouchements avec des collutoires sont peu actifs.)

Curatif. — Vous ne pouvez espérer la guérison que dans le lupus. Dans un grand nombre de séances, **cautérisez** au galvano ou à l'acide lactique pur, après cocaïnisation.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU PHARYNX

Il existe deux variétés de cancers pharyngés : l'*épithélioma* (fréquent), le *sarcome* (rare).

CLINIQUEMENT le sarcome est indolore, tant qu'il n'est pas ulcéré. L'épithélioma, au contraire, est vite **douloureux** (douleurs locales, irradiées dans l'oreille, la tête, etc.). Le cancer s'accompagne de réaction ganglionnaire (**adénopathie** sous-maxillaire, dure, adhérente). A un certain degré de l'évolution, il se produit une salivation abondante, une expectoration sanieuse, sanguinolente, l'haleine devient fétide. La tumeur augmente de volume et détermine alors du nasonnement, de la dysphagie, des troubles respiratoires.

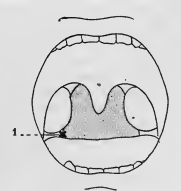


Fig. 409. — Le point de départ du cancer de la langue, dans le sillon glosso-amygdalien (1).

A L'EXAMEN DU PHARYNX

L'ÉPITHÉLIOMA, dont le siège le plus fréquent est l'amygdale, apparaît sous forme d'un petit papillome,

qui bourgeonne, envahit les tissus voisins, surtout la base de la langue et le sillon glosso-amygdalien. Puis la ***tumeur*** devient **fongueuse**, s'**ulcère**, les tissus voisins s'**indurent**, **saignent**, s'immobilisent. Il y a toujours une **adénopathie** sous-maxillaire concomitante.

Le *SARCOME* est une tumeur dure, bosselée, volumineuse, qui s'ulcère tardivement. Il se développe de préférence chez des sujets jeunes.

LE TRAITEMENT = O

Pas de chirurgie surtout. Seulement des palliatifs : la cocaïne, la morphine, des applications locales d'adrénaline pure.

CORPS ÉTRANGERS

Je signale seulement que, dans la pratique courante, ce sont les arêtes de poisson, les fragments de petits os, qui s'enclavent le plus fréquemment dans l'isthme du gosier.

Avec un bon éclairage, vous les dépisterez souvent, ils embrochent une amygdale et leur extraction sera très aisée avec une pince.

Avec le laryngoscope, examinez toujours la base de la langue, les vallécules, le pôle inférieur de chaque amygdale, car souvent le corps étranger est incrusté à ce niveau.

Si vous ne trouvez pas trace du corps du délit, n'omettez pas de rassurer le malade, toujours inquiet, persuadé que l'arête de poisson est toujours dans son gosier, que vous ne l'avez pas aperçue. Dites-lui, — et c'est l'exacte vérité, — qu'il souffre de la piqûre, du traumatisme, prescrivez un gargarisme calmant, et surtout soyez vis-à-vis de lui d'un optimisme exagéré. Je me rappelle l'histoire toute récente, d'un malade souffrant de la présence d'une arête dans sa gorge, depuis 1870 ! et parti rassuré, parce que je lui déclarai que son gosier comptait parmi les plus normaux et ne recélait rien dans sa profondeur.

TROUBLES NERVEUX — SPASMES DU PHARYNX PARESTHÉSIES

Il est une catégorie de malades qui font de véritables neurasthénies pharyngées, persuadés qu'ils ont un cancer « qui ronge leurs os », des ulcérations, une tumeur, etc., ou qui accusent des sensations moins pessimistes (sensations d'aiguilles, de cheveux, de corps étrangers) alors que leur pharynx est normal.

Ce sont des malades qu'il faut remonter moralement, auxquels il faut faire de la suggestion, conseiller un traitement général, de l'hydrothérapie, calmer leur système nerveux ; car leurs phobies les rend malheureux et augmente leur neurasthénie.

La pharyngoscopie ne *révèle aucune* lésion : il s'agit simplement de fausses sensations, de *paresthésies* pharyngées.

CHAPITRE VI

MALADIES DU LARYNX

Le larynx est le segment des voies aériennes qui est interposé entre le pharynx en haut, dont le sépare l'épiglotte, et la trachée en bas.

C'est un *organe respiratoire* et *phonatoire*, dont toute la structure intérieure et le fonctionnement physiologique sont révélés par la laryngoscopie.

I. — EXAMEN DU MALADE

En présence d'une maladie de l'oreille ou du nez, le médecin interroge d'abord soigneusement le sujet sur les signes fonctionnels, puis il explore l'organe lésé.

Pour la gorge, la méthode inverse est préférable. Commencez d'abord par faire l'examen du pharynx et du larynx, puis reprenez l'analyse de chaque symptôme et procédez à l'interrogatoire du malade; de la sorte vous n'aurez pas fatigué le larynx d'un sujet qui tousse, qui est enroué, et se livre malgré ces troubles à de longues descriptions oratoires. Il est préférable de lui appliquer le miroir, avant de lui passer la parole.

Il faut donc pratiquer :

1° l'*examen du larynx* en premier lieu;

2° la *rhinoscopie antérieure* et *postérieure* ensuite, pour rechercher si la cause de l'affection laryngée n'est pas dans le premier segment des voies aériennes;

3° l'*analyse des signes fonctionnels* (douleur, troubles de la déglutition, de la voix, enrouement, toux, expectoration);

4° l'examen de l'*état général*, complété au besoin par l'auscultation, si l'affection du larynx est suspecte.

L'examen du larynx peut se faire au moyen de deux procédés
1° par la *vue*, c'est-à-dire par la *laryngoscopie*;
2° par le *toucher*.

L'exploration externe est utile pour apprécier l'existence d'adé-

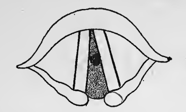


Fig. 410. — L'analyse des signes fonctionnels, *sans* l'examen laryngoscopique, ne suffit pas pour faire le diagnostic d'une maladie du larynx.

Ainsi, *l'enrouement* peut tenir à des causes multiples que seul, le miroir peut découvrir, voir fig. 410, 411, 412, ...

La fig. 410 représente un *polype* du larynx : cas curable.

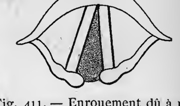


Fig. 411. — Enrouement dû à une paralysie de la corde vocale droite.

Non seulement l'examen laryngoscopique montre la cause du trouble vocal, mais il a une importance pronostique considérable. Cette paralysie de la corde peut tenir à une paralysie récurrentielle due elle-même à une compression anévrismale aortique, œsophagienne.

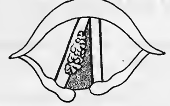


Fig. 412. — Enrouement dû à un cancer du larynx.

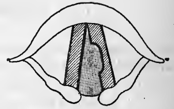


Fig. 413. — Enrouement dû à une gomme syphilitique ulcérée de la corde vocale inférieure droite.

nopathies ganglionnaires, l'augmentation de volume de l'organe dans le cancer (larynx en cuirasse, en carapace de homard), dans les périchondrites, etc.

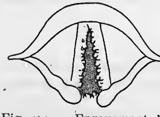


Fig. 414. — Enrouement dû à une tuberculose ulcérée des cordes vocales.

Vous ***éviterez*** *l'exploration digitale interne*, manœuvre pénible, douloureuse, en outre *inutile*, par les renseignements imparfaits qu'elle donne, *dangereuse* par le spasme mortel qu'elle peut déterminer. Vous n'arriverez, quelle que soit la longueur de votre index, qu'à sentir l'épiglotte et au prix de quelles

nausées! Il faut réserver ce procédé aux enfants, pour le tubage.

II. — LARYNGOSCOPIE

SON PRINCIPE

La laryngoscopie utilise le principe le plus simple et le plus élémentaire de l'optique, à savoir que dans la réflexion d'un rayon lumineux, l'angle d'incidence est égal à l'angle de réflexion.

Pour réussir la laryngoscopie il faut :

1° *de la part du malade*, une **respiration calme** et régulière : s'il cesse de respirer, il a des nausées;

2° *de la part du médecin*, beaucoup de **patience**, une **douceur** extrême et de la précision dans les mouvements.

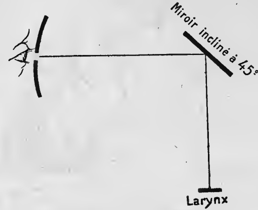


Fig. 415. — Principe de la laryngoscopie.

Elle consiste à concentrer un faisceau lumineux sur un miroir placé sur la luette, à 45°. Ce miroir réfléchit la lumière dans la cavité laryngée et donne une image virtuelle.



Fig. 416.

Neuf fois sur dix, on peut la réussir d'emblée. Néanmoins, il faut savoir que les chances de succès se présentent dans des conditions différentes, dans la clientèle hospitalière ou dans celle de la ville. A l'hôpital et dans la classe ouvrière, vous aurez souvent affaire à des alcooliques avec réflexes pharyngiens exagérés.

TECHNIQUE

L'examen du larynx comprend trois temps :
1° mise en position du malade, du médecin et de la lumière;
2° éclairage;
3° introduction du miroir laryngien.

1er temps. — Mise en position du malade, du médecin

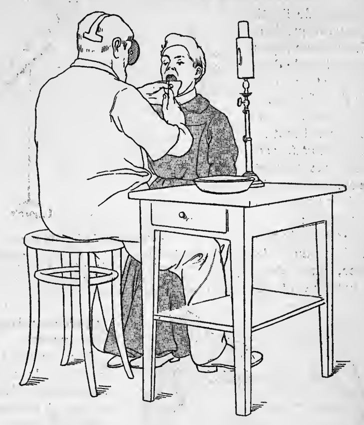


Fig. 417. — 1er temps de la laryngoscopie.
Mise en position du malade, du médecin et de la source lumineuse.

et de la lumière. — C'est la position classique décrite page 9.

2e temps. — Éclairage du pharynx (fig. 418).

3e temps. — Introduction du miroir. — C'est le temps le plus délicat, qui exige de la part du médecin le plus d'attention et de précaution. Le *malade* devra être *rassuré*; d'autre part, sa *respiration* sera *calme*, régulière et continue, ce que l'on peut

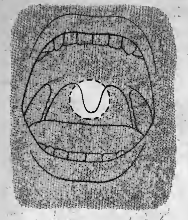


Fig. 418. — 2e temps de la laryngoscopie. Éclairage du pharynx.

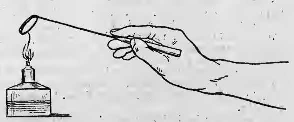
Le médecin, placé à 15 centimètres environ de l'orifice buccal du malade, projette un faisceau lumineux avec son miroir frontal, sur la base de la luette. Il faut que le cercle lumineux soit très net, donc rapprochez-vous ou éloignez-vous pour obtenir une intensité parfaite.



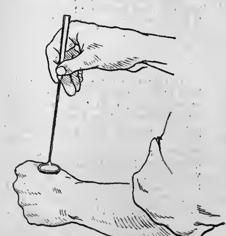
Fig. 419. — Manière de tenir le miroir.

On le prend avec la main droite, en le tenant absolument comme une plume à écrire, et très légèrement sans le serrer.

Fig. 420. — Le médecin chauffe le miroir.



Afin d'éviter que la glace ne soit ternie et ne se recouvre d'une buée dans la bouche, il faut chauffer le miroir très légèrement, en le passant au-dessus de la flamme d'une lampe pendant 3 à 4 secondes.



constater par les mouvements de la luette, sinon la nausée apparaît.

Fig. 421. — Avant de l'introduire dans la bouche et de risquer de brûler le malade, le médecin apprécie le degré de chaleur du laryngoscope en appliquant sur le dos de la main la surface non réfléchissante.

Le médecin prendra, chauffera et introduira le miroir (fig. 419, 420).

La mise en place du miroir comprend deux temps successifs :

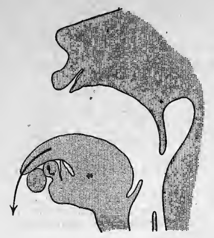


Fig. 422. — Traction de la langue.

Le malade doit tirer la langue au dehors (voir la raison fig. 424). Et le médecin la maintiendra ainsi, hors de la cavité buccale au moyen d'un mouchoir engainant toute la pointe, de façon à éviter son glissement. Le pouce est appliqué au-dessus, l'index transversalement au-dessous.

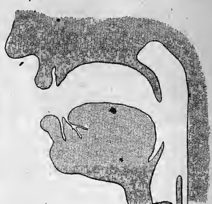


Fig. 423. — Pourquoi faut-il tirer la langue, en pratiquant l'examen laryngoscopique? (fig. 424).

Voici une cavité bucco-pharyngo-laryngée, à l'état normal, lorsque la bouche est ouverte.

La traction doit être modérée, dirigée vers le menton, dans le sens de la flèche, de façon à éviter la section du frein. La langue doit simplement reposer sur l'index.

Dans le cas où les incisives sont très coupantes interposer entre elles et la langue, un pli du mouchoir. Et enfin si le frein est trop court ou très sensible, le badigeonner avec une solution de cocaïne à 1/20e.

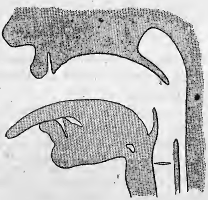


Fig. 424.

Si la langue est projetée au dehors et si le malade émet le son É, on voit que : 1° la luette se relève (le miroir peut donc être placé plus haut et éclairer plus facilement le larynx); 2° le larynx subit un mouvement ascensionnel, par conséquent l'épiglotte s'élève (elle découvre mieux le larynx); 3° la glotte remonte (elle se rapproche de l'œil de l'observateur) : trois raisons qui facilitent l'examen laryngoscopique.

Premier mouvement. — **Introduction dans la cavité**

buccale et mise en position sur la luette. — Soyez doux et précis dans l'exécution de ce temps, le malade n'aura pas de réflexes, même s'il est sensible (fig. 425).

Deuxième mouvement. — **Rotation du miroir.** — Temps délicat, qui comprend deux manœuvres (fig. 426).

Ceci fait, *ne remuez plus le miroir.*

Fig. 425. — 3e temps de la laryngoscopie. — 1er mouvement. Introduction du miroir.

Le miroir doit être tenu horizontalement, la surface réfléchissante regardant directement la langue, la tige située dans le plan médian. Il sera maintenu à égale distance de la voûte palatine et de la langue, sans frôler ni l'un ni l'autre, pour ne pas éveiller les réflexes. Et il sera porté ainsi jusque sur la base de la luette.

Vous examinez alors le larynx ; comme il est difficile ou impossible de le voir en entier, le miroir étant trop petit, on l'examine au moyen d'images successives. Pour cela, *gardez la tête fixe*, mais *mobilisez le laryngoscope*. — Cette ma-



Fig. 426. — 2e mouvement. Rotation du miroir.

Deux petites manœuvres : portez la tige du laryngoscope peu à peu en dehors, jusque vers la commissure labiale gauche, le miroir restant toujours horizontal ; puis, relevez-le jusqu à ce qu'il atteigne une inclinaison de 45°.

nœuvre est d'exécution assez difficile pour les débutants; aussi faut-il choisir des malades faciles, présentant peu de réflexes; par exemple des hystériques, ou s'exercer préalablement sur des sujets cocaïnés ou sur des appareils laryngofantômes.

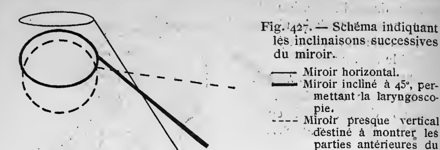


Fig. 427. — Schéma indiquant les inclinaisons successives du miroir.
— Miroir horizontal.
— Miroir incliné à 45°, permettant la laryngoscopie.
- - - Miroir presque vertical destiné à montrer les parties antérieures du larynx.

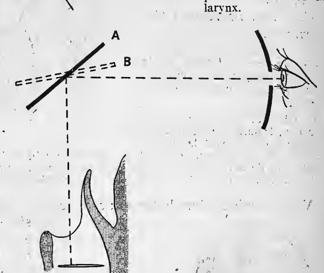


Fig. 428. — Les inclinaisons successives du miroir permettent d'apercevoir les différentes régions du larynx.

Plus il sera vertical (A), plus vous verrez les parties hautes, antérieures, du larynx; au contraire, plus la surface réfléchissante se rapprochera de l'horizontale (B), mieux apparaîtra la région postérieure de l'endolarynx.

Tous ces mouvements seront exécutés sans que le miroir cesse de toucher la luette.

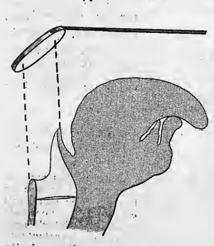


Fig. 429. — Comment se produit l'image laryngée.

Le médecin verra *en haut* du miroir, les parties antérieures du larynx; *en bas*, la zone postérieure.

Comment enlever le miroir. — Simplement en exécutant, mais en sens inverse, les mêmes mouvements que ceux qui ont servi à son introduction; lâchez doucement la langue, si un réflexe nauséeux apparaît, soyez ultra rapide.

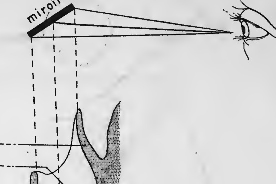


Fig. 430. — La formation de l'image laryngoscopique.
1. Épiglotte. — 2. Cordes vocales ou glotte. — 3. Aryténoïdes.
Tout ce qui est situé chez le malade, en avant de la glotte (épiglotte, commissure antérieure des cordes vocales) apparaîtra dans le miroir, en haut; tout ce qui est situé en arrière (aryténoïdes), apparaîtra dans la partie inférieure du miroir. Autrement dit, ce qui est antérieur devient supérieur, ce qui est postérieur devient inférieur.

IMAGE LARYNGOSCOPIQUE

Pour interpréter sa signification, il faut se rappeler les deux conditions dans lesquelles se fait l'examen : 1° le médecin est placé vis-à-vis du malade; 2° il pratique la laryngoscopie avec une glace inclinée à 45°.

Il en découle immédiatement les deux lois suivantes :

1° l'*image n'est pas intervertie*, tout ce qui est à droite chez le malade se réfléchit à droite sur l'image, mais se trouve à gauche du médecin et réciproquement;

2° l'*image est relevée*, mais *non renversée*; ce fait résulte de l'inclinaison du miroir à 45 degrés; par suite, l'image laryngée passant par le plan glottique apparaît à peu près droite.

Exercices pour les débutants en laryngologie. — Pour

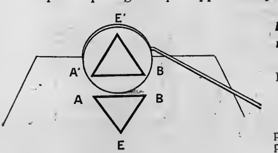


Fig. 431. — Exercices laryngoscopiques. 1re expérience.

Dessinez sur une feuille de papier un triangle à base postérieure, prenez un mi-

roir laryngien incliné à 45 degrés environ et dont le bord repose près de la base du triangle. Vous verrez alors que la partie postérieure AB du triangle se réfléchit en bas dans le miroir; au contraire, le sommet E, c'est-à-dire la partie antérieure se réfléchira en haut E'.

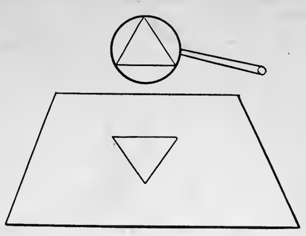


Fig. 432. — 2e expérience.

Élevez le miroir à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la feuille de papier, sans changer l'angle d'inclinaison : l'image reste invariable.

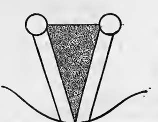


Fig. 433. — 3e expérience.

Prenez le dessin en question, c'est-à-dire le triangle, comme point de départ de l'image du larynx : le sommet correspond à la commissure antérieure, les deux bords latéraux aux cordes vocales inférieures, la partie postérieure de celle-ci aux cartilages aryténoïdes, la base à la région interaryténoïdienne.

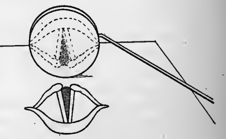


Fig. 434. — 4e expérience.

Comment un schéma du larynx dessiné sur le papier, se réfléchit dans le miroir.

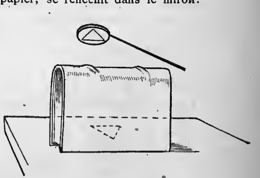


Fig. 435. — 5e expérience.

Placez un livre, c'est-à-dire un écran, au-devant du dessin, et vous avez réalisé les conditions de l'examen laryngoscopique.

bien comprendre l'interprétation de l'image laryngée, faites les expériences suivantes (fig. 431, 432, 433, 434, 435) :

Procédé de la carte de visite. — Dessinez au revers d'une carte de visite un cercle très petit et cherchez à l'éclairer.

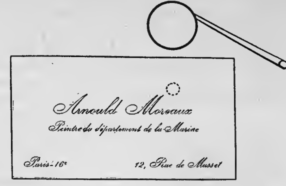


Fig. 436.

Au dos d'une carte de visite faites un dessin, un schéma, un pointillé, etc.....; posez la carte verticalement sur une table et exercez-vous avec un miroir, à apercevoir le dessin que vous avez fait.

INTERPRÉTATION DE L'IMAGE LARYNGÉE

Les premières fois qu'un débutant examine un larynx, il est frappé par la blancheur et par le mouvement des cordes vocales et dans les examens ultérieurs, il ne recherche que la vue des

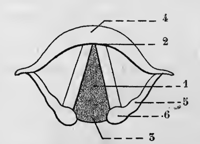


Fig. 437. — Image du larynx pendant la respiration.

Les deux cordes vocales se séparent et délimitent un espace triangulaire ou glotte (1) dont le sommet forme la commissure antérieure (2) et la base, la commissure postérieure (3) ou région inter-aryténoïdienne.

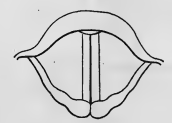


Fig. 438. — Image du larynx pendant la phonation (quand le malade prononce la lettre É).

Les cordes se rapprochent et viennent au contact, ainsi que les aryténoïdes; la glotte est réduite à une simple fente.

4. Épiglotte. — 5. Repli aryténo-épiglottique. — 6. Cartilage aryténoïde.

cordes. Elles sont, il est vrai, un excellent point de repère, mais ne constituent pas à elles seules tout le larynx.

Il en est du larynx comme de la plupart des viscères creux,

estomac, vessie, etc... que l'on examine toujours dans leurs deux modes physiologiques, à l'état de vacuité et à l'état de réplétion. De même le larynx doit être inspecté dans ses deux temps physiologiques :

1° pendant la respiration ;
2° pendant la phonation.

A. — EXAMEN PENDANT LA RESPIRATION

On procède en partant de la base de la langue, qui est toujours facile à apercevoir. Vous verrez dans le miroir, de haut en bas, successivement :

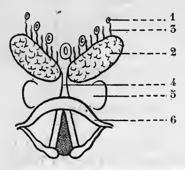


Fig. 439.
1. Les papilles forment le V lingual. — 2. Amygdale linguale. — 3. Veines. — 4. Repli glosso-épiglottique médian. — 5. Vallécules. — 6. Épiglotte.

1° le **V lingual** avec ses papilles;

2° l'**amygdale linguale** au-dessous, qui se présente soit sous forme de follicules, soit comme une saillie médiane ou bilobée;

Entre l'amygdale linguale et le V, des *veines* nombreuses, parallèles, très accusées chez les tuberculeux, dilatées parfois au point de constituer de véritables hémorroïdes du pharynx;

3° des *ligaments* et des *fossettes* en arrière. Le **repli glosso-épiglottique médian** relie la base de la langue à l'épiglotte. Ce repli délimite de chaque côté deux fossettes ou **vallécules** interposées entre l'amygdale linguale et l'épiglotte; elles sont tapissées d'une muqueuse jaunâtre;

4° l'orifice supérieur du larynx délimité en avant par l'épiglotte, en arrière par les replis aryténo-épiglottiques;

a). — L'**épiglotte** forme la partie antérieure, le couvercle de l'orifice supérieur du larynx et recouvre le vestibule; sa forme est très variable, on compte jusqu'à 30 et 35 types d'épiglottes.

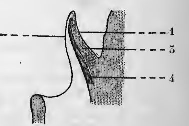


Fig. 440. — Coupe de l'épiglotte.
1. Sa face antérieure, linguale. — 2. Sa face postérieure ou laryngée. — 3. Tissu cellulaire, point de départ des abcès laryngés. — 4. Le fibro-cartilage qui forme le « squelette » de l'épiglotte.

Tantôt verticale (on n'aperçoit que son bord libre); tantôt couchée horizontalement sur l'orifice du larynx, en particulier chez les enfants où l'on ne voit que sa face pharyngée; tantôt retroussée, recroquevillée, elle laisse voir le larynx à travers une fente; elle peut présenter d'autres aspects (fer à cheval, chapeau de gendarme, mitre d'évêque — en ω).

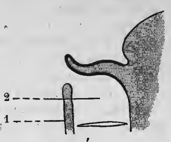
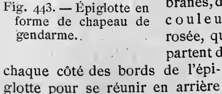


Fig. 441. — Épiglotte chez l'enfant.

Elle est presque horizontale et forme un opercule qui cache le vestibule (2) du larynx. — 1. Le cartilage aryténoïde.

Fig. 442. — Un type d'épiglotte en forme d'U.

Sa couleur varie sur ses deux faces : du côté de la langue, elle est rouge, vascularisée, parce que la muqueuse n'est pas adhérente au fibro-cartilage; du côté du larynx, elle est jaunâtre et laisse voir le cartilage par transparence.


Fig. 443. — Épiglotte en forme de chapeau de gendarme.

A la base de la face laryngée de l'épiglotte, on remarque souvent une petite saillie rougeâtre, c'est le *coussinet de l'épiglotte.*

b). — Les **replis aryténo-épiglottiques** constituent deux membranes, de couleur rosée, qui partent de chaque côté des bords de l'épiglotte pour se réunir en arrière sur la ligne médiane en décrivant une courbe concave.

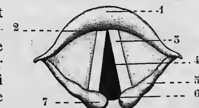


Fig. 444. — L'image du larynx.

1. Épiglotte. — 2. Commissure antérieure formée par la jonction des deux cordes vocales inférieures. — 3. Cordes vocales. — 4. Glotte, espace qui sépare les cordes. — 5. Replis aryténo-épiglottiques. — 6. Commissure postérieure ou espace inter-aryténoïdien. — 7. Cartilages aryténoïdes.

En arrière, près de la ligne médiane, ces replis muqueux renferment dans leur épaisseur deux cartilages, dont on aperçoit très distinctement les sommets pendant la phonation. Ce sont les **cartilages aryténoïdes**, qui forment deux petites pyramides saillantes.

Telle est l'image du *pourtour*, de la *circonférence du miroir.* Au *centre*, c'est l'*orifice supérieur du larynx*, qui donne accès dans le vestibule.

Au point de vue laryngoscopique, à retenir simplement que la glotte, c'est-à-dire les deux **cordes vocales** inférieures, délimite deux régions : en haut, la zone sus-glottique ou vestibule laryngien; en bas, la zone sous-glottique.

a). — Dans la région *sus-glottique* ou *vestibule* vous apercevez les **bandes ventriculaires** ou cordes vocales supérieures, sous forme de deux replis de la muqueuse, un peu plus rouges, assez saillantes et séparées des cordes vocales proprement dites par une fente longitudinale, de couleur sombre, qui est l'orifice des ventricules de Morgagni.

b). — La **glotte** est l'espace triangulaire délimité par les cordes vocales inférieures, qui sont les véritables points de repère dans l'image laryngoscopique; ce sont deux cordons plats, blancs, nacrés, très mobiles.

La **commissure antérieure** (fig. 444) est l'espace angulaire formé par le rapprochement des deux cordes vocales inférieures, en avant.

La **commissure postérieure** est représentée, au contraire, par la base du triangle. Celle-ci n'est visible que pendant la respiration; dans la phonation elle est virtuelle, puisque les deux cordes sont en contact; c'est une localisation fréquente de la tuberculose.

Nous avons dit que la coloration des cordes était toujours blanchâtre à l'état normal. Deux exceptions cependant à cette règle, les cordes sont rosées : 1° dans l'*effort*, si le malade, par exemple, a des réflexes pharyngés provoqués par le contact du miroir; 2° chez tous les professionnels de la voix, en particulier chez les chanteurs, chez les basses.

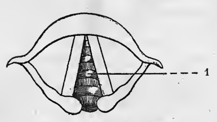


Fig. 445. — La région sous-glottique.
On voit les anneaux (1) de la trachée.

c). — La **région sous-glottique** qui correspond surtout au cricoïde, apparaît dans les mouvements d'inspiration profonde. On aperçoit dans l'image laryngoscopique, immédiatement au-dessous des cordes vocales, le cartilage *cricoïde*, de couleur

jaunâtre; plus bas, des anneaux transversaux semi-circulaires, blanchâtres, séparés par d'autres anneaux parallèles et rosés; les premiers sont les **anneaux trachéaux**; les seconds, les espaces cartilagineux. Enfin, chez quelques sujets, on peut voir la bifurcation de la trachée sous forme d'une saillie blanchâtre, limitant de chaque côté deux orifices de couleur sombre, l'entrée des **bronches**. On ne peut apercevoir que la paroi antérieure de la trachée, en raison de l'obliquité de ce conduit par rapport au cou.

Voilà l'image laryngoscopique complète. Mais soyez persuadé



Fig. 446. — La succession des images qu'on aperçoit dans le laryngoscope en inclinant successivement le miroir. Première image : la base de la langue.

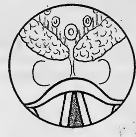


Fig. 447. Deuxième image. — La base de la langue et l'orifice du larynx.

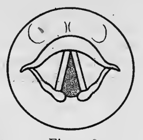


Fig. 448. Troisième image. — Le larynx vu dans sa totalité.

que vous ne l'obtiendrez pas d'emblée, cette vue d'ensemble, dans le miroir. Il faut légèrement faire varier son inclinaison; pour apercevoir les régions antérieures du larynx, vous l'inclinerez en avant; au contraire, en arrière, pour avoir l'image de la zone postérieure.

Autre recommandation enfin : avec un peu d'habitude, faites abstraction de l'image pour la remplacer par l'objet lui-même; vous y arriverez aussi aisément que pour l'exécution des mouvements que l'on pratique devant une glace.

B. — IMAGE LARYNGOSCOPIQUE PENDANT LA PHONATION

Dans l'émission de la voix, en voix de poitrine, aiguë, sur la lettre É, les cordes vocales inférieures se rapprochent et deviennent parallèles. En même temps l'épiglotte se relève, les aryténoïdes viennent presque au contact, et l'image de la glotte est alors celle d'une fente.

DIFFICULTÉS DE L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE

Ces difficultés proviennent :
a. — du médecin (cas le plus fréquent).
b. — du malade.

I. — *Ce que le médecin doit éviter.*

Des accidents de deux ordres :

a. — Ceux dus à sa nervosité, à son impatience, à sa brusquerie; patience et douceur font plus que force....

b. — Ceux qui proviennent de son inexpérience et que je désignerai sous la dénomination de *fautes des débutants*. Ces dernières peuvent facilement être corrigées avec l'habitude.

Voici les plus fréquentes que j'ai observées.

1° ***Le médecin renverse les temps de manœuvre.*** Il



Fig. 449. — Une faute de technique.

tire la langue du malade, chauffe ensuite le miroir et finalement éclaire la gorge; pendant ce temps, le malade s'est fatigué et quand on introduit le miroir, il a un **réflexe** (fig. 449). Conclu-

sion : exécutez méthodiquement tous les temps successifs de la laryngoscopie, c'est-à-dire : éclairez, chauffez, faites ouvrir la bouche, etc.

2° Il ***tire trop fort sur la langue.*** Le patient se rebiffe, crie, compare avec des examens antérieurs faits par un médecin plus adroit, — comparaison qui tourne rapidement à votre désavantage. Que si enfin, votre traction a fait saigner le frein, ce ne sera plus de la salive, mais un fiel acide qui débordera de la bouche du patient.

3° Il ***introduit le miroir, avant d'éclairer le pharynx.*** C'est la faute la plus fréquente. En vain, vous cherchez à projeter l'image lumineuse sur la luette, pas de succès; vous frôlez à un moment donné la langue ou le palais avec le miroir, d'où ***réflexe.*** — Remède : retirez l'instrument et recommencez tous les temps successifs; jouez la règle.

4° Le ***médecin tient le miroir avec beaucoup trop de force***, en s'y cramponnant en quelque sorte, il appuie violemment sur la commissure labiale, et refoule trop fortement la luette. Résultat : le malade songera dans son for intérieur, s'il ne l'exprime oralement, que la main est brusque et un peu lourde.

La tige du miroir doit être tenue très légèrement et les mouvements, tout en étant précis, seront exécutés avec douceur.

5° Le médecin ***ne voit pas l'image du larynx***, quoi qu'il ait bien éclairé la luette et introduit le miroir selon les règles; mais il l'a mal posé sur celle-ci, et au lieu de le mettre à 45°, il l'a placé verticalement.

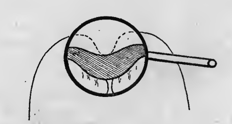


Fig. 450. — Faute de technique. Miroir trop vertical.

D'autres débutants n'introduisent pas le miroir horizontalement dans la cavité buccale, mais le font pénétrer avec une inclinaison de 45°; or, bien souvent dans cette position, ils frôleront le palais ou la langue et provoqueront des réflexes.

6° Le ***miroir est laissé appliqué sur la luette, beaucoup trop longtemps.*** C'est une faute capitale, courante; il en résulte pour le malade une salivation exagérée et une fatigue, qui se traduisent par un besoin de déglutition; par suite, le miroir rencontre la langue et détermine une nausée. Il faut faire des examens très courts, de 5, 6, 10 secondes, réitérés.

7° Les **miroirs « piqués »** devront être rejetés. Dès que le tain de la glace a disparu par place, la vision n'est plus nette.

Autant que possible, employez pour la traction de la langue des *linges de toile fine* et non des linges de coton, qui adhèrent à la langue et sont difficiles à décoller.

Dernière recommandation enfin. Veillez à la rigoureuse propreté des instruments, pas de poussière sur la glace, ..., vous verrez mieux d'abord, et ensuite certains malades à l'esprit simple attachent beaucoup plus d'importance à ces menus détails et au poli d'un instrument bien nickelé, qu'à un diagnostic très rigoureux.

2. — *Difficultés provenant du malade.*

1° Il a une **crainte exagérée** et se représente l'examen comme une véritable opération; rassurez-le, usez de persuasion; surtout pas d'impatience, ne le mettez pas dehors comme le font quelques-uns. Si la douceur échoue, recourez à divers artifices : faites l'examen sur vous-même avec un miroir différent, en éclairant votre pharynx et montrez bien les divers temps que vous exécutez. Dans une clinique, faites venir un second malade, d'examen facile, et laryngoscopez-le devant le premier.

2° **Il respire mal**, il ne sait pas respirer lorsque la langue est tirée hors de la bouche, soit qu'il s'arrête, soit qu'il fasse des mouvements désordonnés; faites alors son éducation respiratoire et quand ses mouvements seront bien rythmés, alors seulement introduisez le miroir.

3° Le **frein de la langue est trop court**, il empêche la traction au dehors. Cet obstacle anatomique est exceptionnel. Dans ce cas, anesthésiez le frein avec une solution forte de cocaïne, à 1/10 par exemple, ce qui permettra une traction plus énergique, tout en évitant la douleur et la section du filet.

4° Les **moustaches trop épaisses** forment un obstacle à la vue. Si elles sont à la Vercingétorix, relevez-les à la Guillaume.

5° **Ouverture insuffisante de la bouche.** — Quelques sujets ouvrent normalement la bouche, mais dès qu'ils prononcent la voyelle é, ils la ferment automatiquement et il est difficile d'introduire le miroir. Ils vous affirment qu'ils ne peuvent faire autrement; ne vous impatientez pas, exécutez la manœuvre

devant eux, recommencez les exercices sans instrument pendant qu'ils prononcent é, écartez doucement les arcades dentaires.

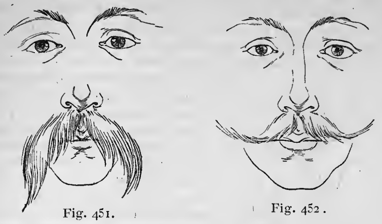


Fig. 451. Fig. 452.

6° ***Contraction exagérée de la langue.*** — Certains sujets, parfois dans le désir de bien faire, entr'ouvent la bouche démesurément en contractant tous leurs muscles faciaux, masséters, linguaux ; — il en résulte que la langue forme une voussure, se contracte en dôme, « fait le gros dos » (fig. 453), et affleure le palais.

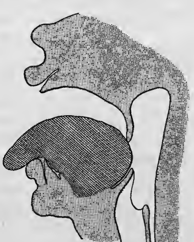


Fig. 453.

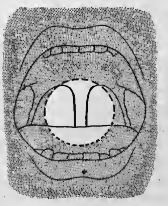


Fig. 454.

Il est impossible de mettre le miroir. Il s'agit habituellement dans ce cas, de névropathes, d'alcooliques ; ici encore, patience et douceur feront plus que traction exagérée. Expliquez la manœuvre que vous devez exécuter, recommandez au malade de fermer les yeux, de sortir la langue dou-

cement, raisonnez avec lui et surtout pas de violence en tirant la langue avec le mouchoir.

7° ***Allongement hypertrophique de la luette.*** — La luette est-elle trop longue et se réfléchit-elle dans le miroir : prenez-en un grand et chargez la luette en la refoulant en haut (fig. 454).

8° ***Hypertrophie des amygdales.*** — Il est exceptionnel, sauf dans l'enfance, que le volume des tonsilles empêche l'introduction du miroir. Dans ce cas, employez un n° 1 ou un n° 2.

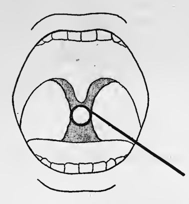


Fig. 455. — Laryngoscopie exécutée avec un petit miroir dans les cas d'hypertrophie des amygdales.

9° ***Exagération des réflexes pharyngés.*** — Elle est telle chez certains sujets, qu'elle rend l'examen très difficile. Cependant on peut affirmer qu'il n'est pas de malade dont on ne puisse voir le larynx. Cette réflectivité est due à une irritation et à une congestion du pharynx, elle s'observe principalement chez les hommes, alcooliques, fumeurs, arthritiques. J'ai vu des malades qui ne pouvaient même pas tirer la langue sans avoir de nausées ; cette réflectivité est d'autant plus désagréable chez certains sujets qu'ils s'énervent, déclarent que l'examen sera impossible et dans quelques cas, refusent même de vous laisser continuer. Ne vous acharnez pas alors avec votre laryngoscope, parce que, plus vous continuerez, plus vous augmenterez les réflexes, et en admettant que le succès couronne vos efforts, vous aurez une image fausse du larynx que les efforts de vomissements auront congestionné.

Comment vaincre ce réflexe?

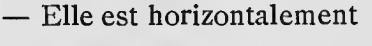
Deux procédés :

1° *procédé élégant, mais difficile*, à l'usage des habiles, quand on a la main exercée et rompue aux difficultés de la laryngologie. Voici : introduisez le miroir dans la bouche sans toucher à la luette, au-devant d'elle, pendant que le malade prononce é, voyez rapidement et retirez-le pour permettre au malade de faire une inspiration. Le miroir dans le vide, sans toucher à aucun organe, voilà le « secret » ; il faut beaucoup de prestesse dans les mouvements.

2° *procédé pratique* : **cocaïnisation du pharynx.** — Badigeonnez le voile, la luette et le pharynx, avec un centimètre cube d'une solution forte de cocaïne à 1 pour 20; vous ne courez aucun danger, en raison du peu d'absorption de la muqueuse. Faites ce badigeonnage toutes les deux minutes, à trois reprises, puis placez le miroir, en ayant soin de prévenir le malade de l'amertume du médicament et de la sensation de constriction qu'il va éprouver et qui sera toute passagère; empêchez-le surtout d'expectorer. Surtout, pas de potion bromurée ni de vains gargarismes. Le billet d'aller et retour qu'a pris le malade pour venir vous consulter, ne lui permet souvent pas d'attendre le résultat de la potion calmante.

Rassurez certains sujets névropathes qui vous déclarent d'emblée, qu'il est inutile d'insister, que jamais on n'a pu voir leur gorge; ne continuez pas, vous accroîtriez leur mécontentement, leurs réflexes, et vous diminueriez votre chance de succès. Ne dites pas que l'examen a été incomplet, remettez une ordonnance et dans la séance suivante vous recommencerez votre exploration avec ou sans cocaïne.

10° ***Abaissement de l'épiglotte.*** — Elle est horizontalement couchée sur l'orifice supérieur du larynx chez l'enfant jusqu'à 15 ans environ. Certains individus conservent cet aspect infantile, il en résulte que la cavité laryngée reste invisible (fig. 456).



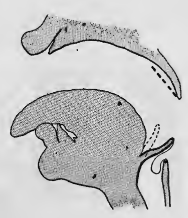


Fig. 456.

Il y a plusieurs moyens de tourner la difficulté. Le sujet étant assis, placez-vous debout devant lui et faites-lui émettre un son très aigu, ou encore recommandez-lui de faire une série d'expirations haletantes; si vous ne pouvez réussir, le spécialiste devra relever l'épiglotte avec un instrument spécial.

11° ***Relèvement de l'épiglotte*** qui est accolée à la base de la langue. C'est l'inverse de la difficulté précédente. La vue des vallécules est impossible; faites avaler le malade à vide plusieurs fois de suite, et en cas d'échec cocaïnisez la base de la langue.

12° ***Épiglotte en*** ω. — En pareil cas, examinez le larynx latéralement en faisant incliner la tête du malade. Vous verrez succes-

sivement et non plus simultanément, toutes les parties constituantes du larynx.

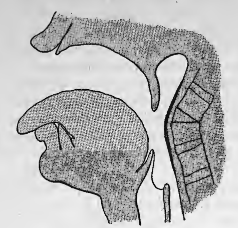


Fig. 457.
Procidence des vertèbres cervicales.

13° ***Procidence des vertèbres cervicales.*** — Laissez le malade assis et placez-vous debout au-devant de lui.

14° Examen du larynx chez les ***malades alités.***

Tout malade couché, même dans un état grave, peut être examiné. Suivre les règles que voici : Le faire asseoir, en le rapprochant le plus possible du bord droit du lit; la lampe sera tenue par une personne, près de l'oreille gauche du sujet et un peu en arrière; le

Fig. 458.

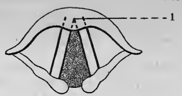


Fig. 459. — Une difficulté de l'examen laryngoscopique.

L'épiglotte masque la vue de la commissure antérieure (1). Or il peut y avoir, à ce niveau, des polypes, des granulations tuberculeuses sous-glottiques, etc.

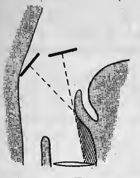


Fig. 460. — Examen de la commissure antérieure.

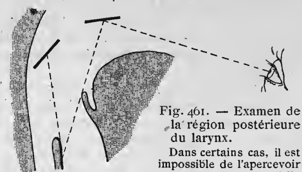


Fig. 461. — Examen de la région postérieure du larynx.

Dans certains cas, il est impossible de l'apercevoir nettement, parce qu'elle est verticale et que les rayons lumineux issus du miroir placé à 45° tombent parallèlement à sa surface. En pareil cas, mettre le miroir presque horizontal.

Le malade sera examiné *assis*, le médecin étant *debout* au-devant de lui, et le miroir sera appliqué presque *verticalement* contre la paroi postérieure du pharynx.

Dans cette position, toute la partie antérieure du larynx qui était dans l'ombre, apparaît nettement.



Fig. 462. — Examen de la région postérieure ou interaryténoïdienne.

Le malade sera debout et inclinera la tête en avant, le médecin sera as-

sis, et le miroir placé horizontalement comme il a été indiqué (fig. 461).
L'examen de cette région est d'autant plus important qu'elle est l'origine fréquente de la tuberculose laryngée.

médecin s'assoiera commodément sur le bord droit du lit. (Bien éviter de mettre le feu aux tentures avec la lampe d'éclairage.)

15° ***Examen du larynx chez les enfants.*** — La difficulté de l'examen laryngoscopique chez les enfants tient à deux particularités : 1° l'appréhension; 2° la forme de leur épiglotte qui, au lieu d'être verticale comme chez l'adulte, est couchée horizontalement.

En pratique, il faut ranger les enfants en deux catégories :

1° Les ***enfants faciles***, bien élevés, dociles; malgré ces qualités, ne vous faites pas d'illusion, vous ne verrez pas leur larynx dans la première séance : il faut de la diplomatie et de la persuasion; on leur met le miroir en main, on les fait jouer avec l'instrument; on se place le laryngoscope dans la bouche, pour bien leur montrer qu'il n'y a aucune douleur à redouter; on les tapote sur la joue et ils voient que le miroir ne pique pas. Dans une seconde, une troisième séance, on introduira le miroir dans la cavité buccale en les félicitant, alors qu'on n'a rien vu. Bien entendu, la glace sera chauffée à l'insu de l'enfant, car s'il voit le mouvement, il craindra d'être brûlé. Peu à peu, avec énormément de patience, de flatteries, de promesses au besoin, la cocaïne aidant, avec une pastille surajoutée, vous arriverez bien souvent à faire l'examen laryngoscopique. Pour le réussir, recourez à de nombreux artifices, il faut savoir « prendre l'enfant ».

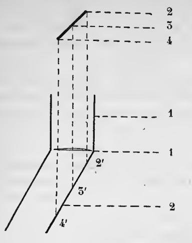
2° Les enfants ***indociles***, ***hurleurs***, ne céderont jamais un pouce de leur territoire. Ici, pas de temps à perdre : un aide solide, tenant l'enfant sur ses genoux, en position opératoire, comme s'il s'agissait d'adénoïdes à cureter : voilà le meilleur persuasif. Mettez l'ouvre-bouche, tirez sur la langue et entre deux cris, vous pourrez quelquefois apercevoir le larynx.

EXAMEN DE LA TRACHÉE

Avec une lumière intense, on peut quelquefois apercevoir la trachée, au niveau de

Fig. 463. — L'axe du larynx et celui de la trachée sont différents : celui du larynx est vertical, l'axe trachéal est légèrement oblique en arrière et en bas.

ses premiers anneaux; exceptionnellement dans toute sa hauteur. Cela résulte de ce que l'axe longitudinal de ce conduit ne con-



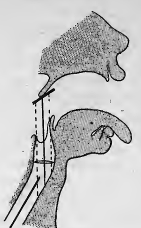


Fig. 464. — Le miroir laryngien ne peut éclairer que la partie antérieure et supérieure de la trachée.

Fig. 465.

1. Paroi antérieure du larynx. — 2. Paroi antérieure de la trachée. — 2, 3, 4, 2' 3' 4'. La marche des rayons lumineux.

tinue pas celui du larynx, il forme avec ce dernier un angle ouvert en arrière. Les fig. 464 et 465 indiquent que l'exploration visuelle ne peut atteindre que la face antérieure de la trachée et en haut seulement.

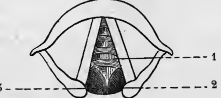


Fig. 466. — La bifurcation de la trachée et l'orifice des bronches.

Dans quelques cas, la trachée continue directement l'axe du larynx et il est possible d'apercevoir la paroi inférieure (1) du canal trachéal, sa bifurcation et, les orifices de la bronche droite (2) et de la bronche gauche (3).

III. — MALADIES DU LARYNX

LARYNGITE CATARRHALE AIGUË SIMPLE

C'est l'inflammation aiguë de la muqueuse du larynx.

I. — *SON HISTOIRE BANALE*

C'est à la suite d'un refroidissement, d'un coryza, d'une pharyngite aiguë, qu'elle apparaît; quelquefois après une fatigue

vocale ou bien à la suite d'un excès tabagique. Certains sujets sont plus particulièrement *prédisposés* : ainsi les obstrués du nez qui n'ont qu'une respiration buccale, chez eux l'air ne pouvant se réchauffer par son passage dans le nez irrite le larynx ; tous les professionnels de la voix enfin : avocats, gens de Bourse, chanteurs, sont plus spécialement atteints.

La *symptomatologie* est classique ; après quelques heures de chatouillement, de cuisson dans la gorge, survient un ***enrouement*** qui va parfois jusqu'à l'aphonie. Puis apparaît la ***toux***, en même temps qu'une expectoration, d'abord muqueuse et finalement muco-purulente.

En une semaine, cette laryngite aiguë est terminée, à moins que le malade ne fatigue trop sa voix ; dans ce cas, l'enrouement et la laryngite, sinon chroniques du moins persistantes pendant des semaines, sont à craindre.

II. — *EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE*

La ***rougeur diffuse***, l'inflammation de tout le larynx, la congestion des cordes : voilà ce qui vous frappe tout d'abord. Recherchez les détails et vous verrez dans le miroir certaines lésions qui vous expliquent les symptômes.

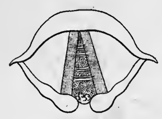


Fig. 467. — Laryngite catarrhale.

Cordes vocales rosées, avec sécrétions catarrhales interposées et tuméfaction de la muqueuse interaryténoïdienne.

Une ***sécrétion catarrhale***, avec *mucosités* entre les cordes et dans le vestibule du larynx. Elles empêchent les rubans vocaux de se rapprocher pendant la phonation : voici une autre cause d'enrouement.

La ***paralysie*** ou plutôt la ***parésie des cordes***, voilà une seconde cause d'aphonie. Suivant une loi pathologique, tous les muscles sous-jacents à une muqueuse enflammée peuvent se paralyser : il en résulte une indécision dans le mouvement des cordes, un flottement, un défaut d'accolement.

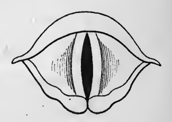


Fig. 468. — Parésie des muscles tenseurs des cordes vocales (glotte en boutonnière.)

Autre point intéressant : le jour où en pratiquant l'examen laryngoscopique, vous apercevrez la surface des

cordes, striée de **petits vaisseaux** longitudinaux, vous pourrez affirmer la guérison prochaine; c'est que la congestion est en

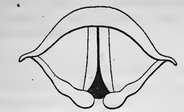


Fig. 469. — Parésie des muscles postérieurs, ary-aryténoïdiens (formation d'un petit triangle équilatéral dans la région glottique postérieure).

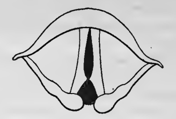


Fig. 470. — Parésie des muscles laryngés au cours de la laryngite catarrhale.

voie de décroissance. Phénomène absolument analogue à l'aspect du tympan dans les otites aiguës, en voie de régression.

La *laryngite grippale,* dans les formes de grippe sévère ou

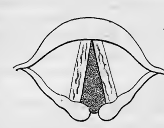


Fig. 471. — Laryngite en voie de guérison.

La rougeur et l'hypérémie généralisée des cordes vocales ont disparu, de petits vaisseaux capillaires sillonnent la surface des cordes : c'est un signe de guérison prochaine.

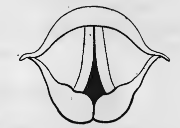


Fig. 472. — Laryngite grippale.
Parésie des muscles du larynx. Œdème des aryténoïdes.

infectieuse, peut déterminer en outre, les lésions suivantes : soit de l'**œdème** des tissus sous-muqueux, en particulier au niveau des aryténoïdes, d'où une gêne de la déglutition et parfois une dysphagie pénible; soit des **ulcérations** de la muqueuse du larynx, en particulier des cordes vocales.

Retenez que le pronostic est en général bénin.

III. — *PRESCRIPTIONS THÉRAPEUTIQUES*

Vous formulerez surtout des préceptes hygiéniques :

Repos vocal, interdiction absolue de parler à voix haute, ne

parler qu'à voix basse et en cas de nécessité. Ce repos vocal constitue les trois quarts du traitement.

Séjour à la *chambre* pendant la période aiguë, surtout l'hiver. Eviter la respiration de poussières, de tabac, l'alcool et les mets épicés.

Bains de pied chauds, matin et soir, pendant un quart d'heure. Application de *compresses humides* chaudes au-devant du cou, quatre fois par jour pendant une demi-heure chaque fois.

Cinq fois par jour, une *inhalation* :

Teinture de benjoin.	ãã 60 grammes.
Teinture d'eucalyptus	

Une cuiller à café dans l'eau chaude de l'inhalateur.

Traitement de la toux (aconit, codéine, etc.).

Si l'enrouement persiste après guérison, excitez la fibre musculaire laryngée avec de la strychnine :

Sulfate de strychnine.	2 centigrammes.
Eau	100 grammes.

Prendre une cuiller à café avant chacun des deux principaux repas.

LARYNGITES AIGUËS DE L'ENFANCE

Vous ferez ici de la *clinique vétérinaire*, car l'enfant est muet sur ses impressions et l'*examen laryngoscopique* est souvent impossible.

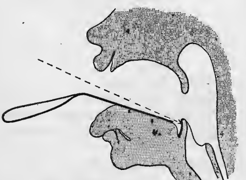


Fig. 473. — Abaissement exagéré de la langue chez l'enfant, pour découvrir l'épiglotte.

Aussi, il suffit de rappeler les souvenirs de votre passage dans les hôpitaux d'enfants.

1° *LARYNGITE AIGUË SIMPLE*

Elle produit surtout de l'enrouement et de la dyspnée, en raison des faibles dimensions du larynx à cet âge.

Vous la diagnostiquerez par la rhinite, la laryngite, ou plutôt par l'**adénoïdite concomitante**, qui en est la principale cause.

Traitez la rhinite aiguë, appliquez des révulsifs pré-laryngés (compresses ou éponges humides chaudes), et prescrivez des antispasmodiques.

2° LARYNGITE STRIDULEUSE OU FAUX CROUP

Cette forme de laryngite vous est trop connue, pour insister. C'est la nuit, qu'éclàte le spasme du larynx, chez un enfant bien portant, dont la gorge est normale et ne présente pas trace d'angine.

Vous savez que le traitement classique comporte l'application de révulsifs au-devant du larynx, les inhalations de gouttes d'éther....

Mais, il faut insister tout particulièrement sur ce point : la plupart des enfants atteints de laryngite striduleuse présentent des **végétations adénoïdes** et c'est l'inflammation de ces végétations, une adénoïdite, très subaiguë parfois, qui est la raison de la détermination laryngée. Interrogez minutieusement l'entourage, la mère, la « nurse », et vous apprendrez presque toujours que l'enfant était légèrement enchifrené la veille ou depuis quelques jours, qu'il n'avait pas de « rhume », mais présentait une respiration légèrement plus bruyante la nuit, ronflait même un peu, « chose qui ne lui arrivait pas d'habitude ».

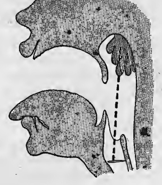


Fig. 474. — Relation entre la laryngite striduleuse, c'est-à-dire le faux croup, et les végétations adénoïdes.

Le lendemain de l'accès, inspectez le pharynx et vous apercevrez parfois des mucosités descendant du cavum (indice d'adénoïdite); dans quelques cas enfin, une rhinite éclate et vient donner pleinement raison à votre diagnostic.

Quoi qu'il en soit, **après guérison** n'omettez jamais l'exploration du cavum de l'enfant et la **recherche des adénoïdes**. Il n'est pas nécessaire qu'elles soient volumineuses; ce sont souvent les plus petites qui s'infectent le plus volontiers.

Je n'insiste pas sur le *traitement* préventif de la laryngite striduleuse, il découle de l'exploration : c'est la curette.

3° LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE. DIPHTÉRIQUE. CROUP

Ici encore, il *sert plus d'être médecin que laryngologiste*, car l'examen du larynx est presque impossible chez l'enfant.

Tentez-le cependant chez tout enfant enroué, dont vous ne voyez pas dans la gorge la cause de la laryngite. Vous pourrez apercevoir des fausses membranes.

L'abaisse-langue, enfoncé profondément et bas, en provoquant un mouvement nauséeux, peut découvrir l'épiglotte et montrer des membranes qui la recouvrent ou tapissent le vestibule : ne comptez pas trop sur cette exploration.

Et faites plutôt le diagnostic d'après les caractères de l'angine qui *précède* presque toujours l'apparition du croup, et surtout d'après ce que vos maîtres des hôpitaux d'enfants vous ont appris.

4° LARYNGITES DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Il n'y a qu'à se rappeler les symptômes laryngés qui accompagnent les fièvres éruptives.

Dans la *rougeole*, en même temps que le catarrhe oculo-naso-pharyngien, apparaît la congestion de la muqueuse du larynx, la laryngite rubéolique, avec son enrouement, sa toux caractéristique; les crises de suffocation par œdème de la muqueuse sont exceptionnelles.

Les **ulcérations** de celle-ci, à la phase tardive de la maladie, sont également rares; mais cette laryngite ulcéreuse est sérieuse par les troubles fonctionnels qui peuvent en résulter : enrouement, sténose.

Je rappelle pour mémoire le *croup morbilleux*, c'est-à-dire la diphtérie venant compliquer une rougeole.

Dans la *scarlatine*, la laryngite est tout à fait exceptionnelle, mais grave, et elle se traduit soit par des fausses membranes, soit par des ulcérations qui frappent et nécrosent les cartilages.

Dans la *variole*, les lésions laryngées sont également sérieuses et chez l'adulte, elles peuvent être surprises à l'état soit de *pustules ulcérées*, soit de périchondrites et de nécroses cartilagineuses.

Pour conclure, le médecin :

1° fera chez les enfants le diagnostic de laryngite plutôt par les troubles fonctionnels que par l'exploration avec le miroir laryngien;

2° concluera à la gravité de cette laryngite par la dyspnée et

les symptômes asphyxiques, qui l'obligeront parfois à trachéotomiser.

Le traitement sera celui des laryngites aiguës, avec une boîte à trachéotomie toute prête.

Et enfin, le *laryngologiste*, plus tard sera exposé à décanuler un malade trachéotomisé dans l'enfance au cours d'une laryngite grave, à combattre un rétrécissement consécutif à d'anciennes ulcérations, etc.

LARYNGITES INFECTIEUSES

Toute laryngite est infectieuse à des degrés divers, en particulier celles de la variole et des fievres éruptives.

Parmi les *laryngites infectieuses* proprement dites, voici les plus courantes : la laryngite herpétique, typhique, érysipélateuse.

La ***laryngite herpétique*** est très anodine. Si vous avez l'occasion, au cours d'un herpès bucco-pharyngé, de constater des troubles laryngés fonctionnels, l'examen laryngoscopique vous montrera des petites *vésicules* développées sur une muqueuse uniformément rouge.

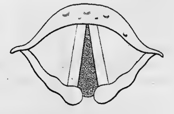


Fig. 475. — Laryngite herpétique.

Vésicules d'herpès sur l'épiglotte.

La ***laryngite typhique***, connue sous le nom de *laryngo-typhus* est assez fréquente.

Cette localisation s'explique par l'analogie de tissus entre celui du larynx et celui de la muqueuse de l'intestin grêle. Il existe en effet des *follicules clos* laryngés, analogues aux plaques de Peyer et qui peuvent *s'ulcérer*, au cours de la dothiénentérie; en général de la seconde à la troisième semaine.

Vous en serez averti par des troubles fonctionnels souvent sérieux : dysphagie, accès de suffocation, expectoration sanguinolente et sensibilité marquée de tout le larynx.

Avec le miroir vous verrez, soit une *congestion simple*, soit plutôt des *ulcérations* à siège variable, dont le caractère est de gagner facilement en profondeur et de provoquer des *périchondrites* avec nécrose des cartilages. Il en résulte des abcès, des

infections laryngées, à pronostic très grave. Si le malade guérit, c'est au prix de rétrécissements cicatriciels.

L'***érysipèle du larynx*** est presque toujours consécutif à celui de la face et de la cavité buccale.

Vous serez mis sur la piste par l'apparition de troubles laryngés et le miroir vous montrera la *rougeur lie de vin* de la muqueuse, accompagnée d'*œdèmes* des aryténoïdes ou de leurs replis.

Le traitement de ces laryngites infectieuses est le même que celui des laryngites aiguës.

ABCÈS DU LARYNX

LARYNGITES PHLEGMONEUSES

Vous aurez l'occasion probablement d'en observer dans votre pratique.

Il importe au médecin :

1° de bien faire leur *diagnostic* parce que le *pronostic* est *grave*;

2° de conseiller un *traitement laryngologique*, qu'*il ne pourra sans doute faire exécuter* que par un spécialiste.

DIAGNOSTIC FONCTIONNEL

Deux grands symptômes fonctionnels mettront sur la voie : la *douleur*, la *dysphagie*, survenant *rapidement* chez un sujet dans le cours d'une maladie infectieuse quelconque, sans détermination laryngée, ou quelquefois à la suite d'une suppuration bucco-pharyngée (phlegmon de l'amygdale, par exemple).

C'est ce *début brusque*, ce sont ces deux grands symptômes apparaissant chez un sujet n'ayant aucune affection laryngée antérieure, qui peuvent faire soupçonner l'abcès du larynx.

La **douleur** est *atroce*. Elle siège à la *base de la langue* si l'abcès est développé sur le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, sur les bords de l'épiglotte ou sur ses replis; chaque mouvement de déglutition la réveille, provoque des contractions de la face et de la tête, et le malade redoute d'avaler sa salive. Cette **dysphagie** fait repousser au patient toute alimentation même liquide.

Elle peut siéger aussi sur les flancs du larynx, *au cou*, si l'abcès s'est développé *dans* le larynx, c'est-à-dire dans le vestibule ou dans les parois.

Voilà le *symptôme pathognomonique*.

Il existe d'autres signes fonctionnels : l'*enrouement*, l'aphonie (le malade n'ose parler), un *toussottement* plutôt que de la toux, de la *salivation* continuelle, car l'expectoration est impossible ; et enfin une *gêne respiratoire* si l'abcès siège dans l'intérieur du larynx.

Si vous joignez à cet ensemble les signes généraux caractéristiques de toute suppuration : *fièvre*, malaise, insomnie, vous avez le tableau clinique de la laryngite phlegmoneuse.

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE

Vous pouvez avoir l'une ou l'autre des *deux images laryngoscopiques* suivantes :

1° une ***tuméfaction*** développée sur l'*épiglotte* ou sur un des *replis* aryténo-épiglottiques, d'un *rouge vif*, luisant comme un érysipèle, refoulant et faisant basculer l'épiglotte latéralement et en arrière, par conséquent rétrécissant l'orifice supérieur du larynx. L'abcès siège sur la face antérieure de l'épiglotte où il existe du tissu cellulaire, c'est-à-dire en arrière de la base de la langue. Ces **abcès extrinsèques**, de l'*orifice supérieur* du larynx, sont les plus fréquents.



Fig. 476. — Abcès du larynx développé sur l'épiglotte.

Fig. 477. — La recherche de la douleur, sur le flanc du larynx, dans l'abcès intra-laryngé.

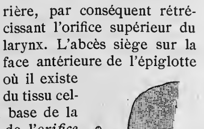


Fig. 478. — Épiglotte avec son fibro-cartilage représenté en coupe par un trait noir.

Entre ce cartilage et la muqueuse, il existe du tissu cellulaire, point de départ de l'abcès épiglottique.

2° une ***tuméfaction unilatérale*** rouge, du volume d'une noisette, située dans le vestibule du larynx : cette variété d'**abcès intra-laryngés** est plus rare.



Fig. 479. — Un abcès laryngé développé aux dépens de l'épiglotte.

Ce que le médecin évitera.

1° C'est **de ne pas prendre son laryngoscope** en présence de pareils symptômes, ou de ne pas faire examiner son malade, car les complications résultant d'un abcès négligé sont très graves ;

2° C'est de confondre un abcès du larynx avec un **œdème aigu**, d'autant que toute suppuration s'accompagne d'un œdème de voisinage; mais l'abcès provoque une douleur à la déglutition beaucoup plus marquée que l'œdème vrai. J'avoue que pour un « œil non exercé » le diagnostic peut être difficile; demandez avis, en pareil cas.

3° C'est d'attendre: *a*) que l'abcès *crève spontanément*; *b*) qu'il s'*extériorise sur les parties latérales du cou*, en y provoquant de la rougeur, de l'empâtement et les signes classiques que vous êtes habitués à rencontrer dans les abcès ordinaires. Ce serait une erreur colossale : les abcès du larynx ne peuvent pas « pointer vers l'extérieur » car le pus est bridé par des plans aponévrotiques beaucoup trop résistants.

Il en résulte qu'un abcès négligé peut déterminer une **complication** très grave : s'ouvrir avec mort subite, provoquer des fusées dans le médiastin;

4° C'est de prescrire des *traitements impossibles à exécuter* par le malade : gargarismes, alimentation, etc.

Ce que vous conseillerez.

Tout à fait au *début*, une ***thérapeutique résolutive*** : compresses chaudes ou glacées au devant du cou, application de ventouses de Bier sur la peau du cou; succion de glace; pulvérisations chaudes endo-buccales, émollientes; absence d'alimentation.

Plus tard, le laryngologiste pratiquera l'***ouverture de l'abcès*** presque toujours par *voie buccale*, sous le contrôle du miroir laryngien; exceptionnellement sur les *parties latérales du cou*.

Quoi qu'il en soit, ayez toujours en réserve une ***boîte à trachéotomie*** toute prête, en cas de menace d'asphyxie.

ŒDÈME DE LA GLOTTE OU PLUTOT ŒDEMES DU LARYNX

Chaque fois qu'un malade asphyxie ou suffoque « de par son larynx », l'on a coutume de dire : c'est un ***œdème de la glotte***.

C'est une erreur, attendu que presque jamais l'œdème n'atteint la glotte c'est-à-dire les cordes vocales, mais toujours l'*orifice supérieur* du larynx, là où il y a du tissu cellulaire qui peut s'infiltrer et s'œdématier, c'est-à-dire l'*épiglotte* et les *replis* aryténo-épiglottiques.

Le résultat pour le malade est le même : il asphyxie.

I. — *QUAND OBSERVE-T-ON UN ŒDÈME DU LARYNX?*

Souvent, au *cours d'une bonne santé*, à la suite d'un *froid* : c'est l'*œdème aigu primitif*.

Quelquefois, *consécutivement* à une suppuration du pharynx : phlegmon de l'amygdale, ou à une maladie générale et infectieuse.

II. — *LE DIAGNOSTIC SE FAIT PAR L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE*

Vous êtes appelé auprès d'un malade, qui très rapidement a été pris d'une sensation de ***corps étranger*** fort pénible dans le pharynx, de gêne à la *déglutition* : signes pathognomoniques. Sa voix n'est pas altérée (preuve donc que l'existence de l'œdème de la glotte est une chimère), mais il y a de la ***dyspnée*** qui tend à augmenter, et c'est là le symptôme inquiétant.

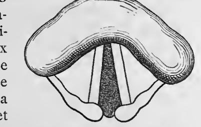


Fig. 480. — Œdème du larynx limité à l'épiglotte.

Au **laryngoscope**, 19 fois sur 20, il

est impossible d'apercevoir l'intérieur, le vestibule du larynx et les

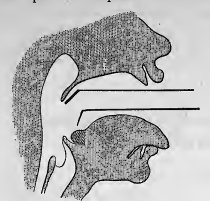


Fig. 481. — Ouverture d'un abcès du larynx sous le contrôle du miroir.

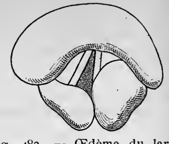


Fig. 482. — Œdème du larynx envahissant tout l'orifice supérieur, c'est-à-dire l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques.

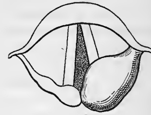


Fig. 483. — Œdème du larynx circonscrit à un cartilage aryténoïde et à un repli aryténo-épiglottique.

cordes vocales, parce qu'il y a *obstruction de l'orifice supérieur.* En effet, l'épiglotte est tuméfiée, on dirait « un museau de tanche », et les replis aryténo-épiglottiques sont infiltrés, forment deux masses translucides, « comme des vessies natatoires » (fig. 481).

III. — *RECHERCHEZ LA CAUSE*

Soyez alors clinicien. Examinez la cavité buccale, recherchez s'il n'y a pas un abcès de la base de la langue, de l'épiglotte ou plutôt des amygdales.

Interrogez le malade sur la déglutition d'un corps étranger, sur un traumatisme par arête de poisson, etc.

Examinez son état général, auscultez cœur et poumons; n'y a-t-il pas de l'albumine dans les urines?

Était-il malade antérieurement? A-t-il pris de l'iodure de potassium?

IV. — *TRAITEMENT*

Vous éviterez, en l'absence de laryngoscope, de faire l'exploration digitale de tout laryngé qui étouffe; en « fourrant le

doigt » dans la gorge d'un malade, vous risquez un spasme mortel.

RÈGLE

Tout œdème laryngé doit être surveillé attentivement, plusieurs fois par jour, avec la boîte à trachéotomie toute prête, pour éviter des accidents de suffocation et la *mort par asphyxie.*

Vous *prescrirez* :

1° le ***repos absolu*** du malade qui sera alité, assis sur son séant, s'il respire mieux dans cette position;

2° la ***révulsion pré-laryngée*** sous forme d'application de compresses humides chaudes au-devant du cou, renouvelées toutes les deux heures; de quatre ***sangsues*** appliquées de chaque côté du larynx, et non au milieu du cou pour ne pas infecter la peau si une trachéotomie devient nécessaire;

Fig. 484. — Traitement schématique de l'œdème du larynx.

Une injection sous-cutané de pilocarpine. — 4 sangsues sur les flancs du larynx. — Une trachéotomie en dernier ressort.

3° des bains de pied chauds trois fois par jour;

4° des pulvérisations émollientes chaudes dans la gorge, avec succion de glace, l'absence d'alimentation qui est impossible et douloureuse;

5° une injection de chlorhydrate de pilocarpine

Nitrate de pilocarpine.	5 centigrammes.
Eau bouillie..	5 grammes.

Injecter un centimètre cube.

pour favoriser la sudation et la résolution de l'œdème (si le cœur et les reins sont normaux), en cas d'œdème aigu primitif;

6° la trachéotomie, en cas d'ultime ressource.

Ne vous hâtez pas trop de plonger une canule dans la trachée

du patient, car dans la majorité des cas les œdèmes laryngés guérissent et entrent en résolution avec la thérapeutique précédente, au bout de deux ou trois jours souvent plus tôt.

LARYNGITE CATARRHALE CHRONIQUE

Cette inflammation chronique de la muqueuse du larynx, essentiellement bénigne, est non moins essentiellement tenace.

I. — *LE « CATARRHEUX DU LARYNX »*

Il est aussi gêné par son infirmité qu'un « goutteux militaire », qu'un urinaire par sa prostate.

Point n'est besoin de hurler le *Paris-Sport* pour avoir un catarrhe du larynx. Les *causes* en sont bien plus fréquentes et plus simples : une **obstruction nasale** persistante, un catarrhe naso-pharyngien, une **pharyngite chronique**, amènent par continuité d'inflammation ou d'infection descendante une laryngite rebelle. Toute *fatigue chronique* du larynx produit le même résultat; ainsi le surmenage de la voix chez les crieurs, chez les vendeurs, les hommes de Bourse, les orateurs, etc.

Un tel individu crache, graillonne, expectore des mucosités grisâtres, gris-noirâtres, visqueuses, comme caoutchoutées et au prix de quels efforts de toux, car elles sont adhérentes à la muqueuse. C'est la « ***goutte militaire du larynx.*** » Et, comme l'urétrale, elle se manifeste principalement le matin au réveil, car les mucosités se sont collectées et agglutinées pendant la nuit; puis le larynx vidé, tout est terminé pour la journée. Mais c'est l'*enrouement* qui incommode le plus le malade, enrouement qui va de la « voix éraillée » à la voix éteinte et jusqu'à l'aphonie. Et il est tenace, quoi qu'on fasse.

II. — *EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE*

Il donne l'image de toute muqueuse chroniquement enflammée et dont les éléments constitutifs sont touchés : épithélium, glandes, etc.

Une ***rougeur*** diffuse frappe toute la muqueuse, les *cordes*

vocales ne sont plus blanches mais *rouges*; ce ne sont plus des rubans aplatis, mais souvent deux *cordons fusiformes.*

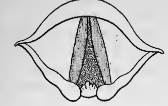


Fig. 485. — Laryngite catarrhale chronique.

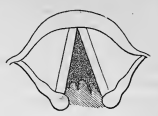


Fig. 486. — Pachydermie de la muqueuse inter-aryténoïdienne.

Les deux cordes vocales sont hypertrophiées, rouges; la région inter-aryténoïdienne est épaissie, pachydermisée.

Des ***sécrétions*** recouvrent cette muqueuse, elles s'accumulent dans la région postérieure, c'est-à-dire dans l'espace inter-aryténoïdien où elles tombent directement du naso-pharynx.

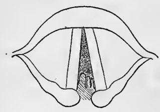


Fig. 487.

Pendant la phonation, cet épaississement pachydermique de la muqueuse empêche le rapprochement des cordes vocales : d'ou une cause d'enrouement.

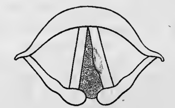


Fig. 488. — Laryngite nodulaire, c'est-à-dire épaississement circonscrit de la corde vocale : c'est une forme de laryngite hypertrophique.

Dans quelques cas, l'inflammation chronique aboutit à une hypertrophie de la muqueuse, tout comme dans le nez vous voyez le coryza chronique aboutir à un stade hypertrophique. Vous constaterez alors, dans la zone inter-aryténoïdienne, des dentelures de la muqueuse, sortes de « crêtes de coq », qu'on désigne sous le nom de ***pachydermie*** (fig. 484, 486).

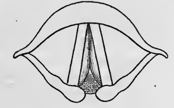


Fig. 489. — Laryngite sous-glottique.

Elle est caractérisée par un épaississement de la muqueuse sous-glottique. On voit à l'examen laryngoscopique deux rubans longitudinaux doublant la face inférieure des cordes vocales.

Et, au cours de l'examen, n'omettez jamais l'inspection du nez, du cavum

et du pharynx, souvent régions centrifuges de l'infection du larynx.

III. — *TRAITEMENT*

Curatif?

Palliatif, peut-être. Le traitement idéal, mais irréalisable en pratique, serait de laisser le larynx au repos et de traiter l'enrouement par une mutité temporaire. Mais du moins, vous devez diminuer ou supprimer toutes les causes d'irritation locale (alcool, tabac).

Il faut traiter le nez ou le cavum, le désobstruer s'il est bouché; le désinfecter, s'il est enflammé.

On doit *éviter* de prescrire des gargarismes, si le pharynx est sain; quant aux inhalations et aux pulvérisations, elles sont bien peu efficaces.

Deux procédés agissent mieux, ou moins mal, que les autres :

1° les **cures hydro-minérales**, sulfureuses en particulier (Cauterets, Luchon, Challes);

2° les **pansements laryngiens** faits par le laryngologiste, consistant en badigeonnages avec des solutions modificatrices, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, — comme dans toutes les inflammations chroniques des muqueuses.

TUBERCULOSE LARYNGÉE

Le médecin :

1° connaît bien son *évolution fonctionnelle*;

2° mais doit avoir certaines notions sur l'*examen laryngoscopique* et sur quelques particularités du *traitement*.

I. — *CE QUE LE MÉDECIN SAIT DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX*

Il en connaît tous les symptômes et la gravité du pronostic.

1° *IL EN CONNAIT TOUS LES SYMPTOMES FONCTIONNELS*

Parce que la bacillose du larynx complique malheureusement souvent la tuberculose pulmonaire.

Au début, il est assez difficile sans avoir fait la laryngoscopie,

de savoir ce qui, parmi les symptômes, appartient à la tuberculose du poumon ou à l'envahissement du larynx. Pas de douleur locale, en effet, mais un chatouillement au niveau de la gorge, de la trachée, et surtout une **toux** sèche, quinteuse, nocturne surtout, très fatigante. Parfois c'est un voile de la voix, même un **enrouement** tenace. Voilà les deux symptômes : toux exaspérante et enrouement, *de la première période*; il n'y a encore que de la congestion du larynx et des cordes.

Plus tard, quand le larynx est infiltré, ulcéré, rongé, la marche de la maladie se précipite : ce sont l'*enrouement*, la *toux*, la **douleur** parfois intense empêchant toute déglutition, la **dysphagie atroce** qui fait redouter au malade d'avaler, même sa salive; c'est l'*otalgie* réflexe, la **dyspnée** croissante, ce sont les accès de suffocation. Je n'ose insister : ces symptômes, vous les observez quotidiennement dans votre pratique.

2° *IL N'IGNORE PAS LA GRAVITÉ DU PRONOSTIC*

Il sait qu'un tuberculeux pulmonaire qui présente de la bacillose laryngée est presque toujours « blessé à mort ».

Ce tuberculeux, en effet, dont la guérison et la vie reposent sur ces deux éléments : excellente respiration, bonne hématose, et suralimentation, perd ces deux atouts. Il résiste, selon l'*état de son poumon*, proportionnellement à l'étendue des lésions thoraciques.

C'est ainsi que vous verrez la ***marche*** de la tuberculose laryngée :

a) — *enrayée* chez des malades dont l'état général est excellent, à lésions pulmonaires minimes et qui ont pu se cicatriser;

b) — *suivre l'évolution* de la tuberculose du poumon avec plus ou moins d'oscillation, quand celle-ci est à la première ou à la seconde période;

c) — presque toujours *fatale*, quand elle survient à une période avancée de la bacillose pulmonaire. Et c'est la manière de finir de beaucoup de poitrinaires. La tuberculose laryngée précipite alors la marche des accidents. Elle *tue* :

1° presque toujours, par la ***cachexie*** qui résulte de l'inanition provoquée par la dysphagie;

2° parfois, par l'œdème du larynx qui ***asphyxie*** peu à peu le moribond, en rétrécissant son champ d'hématose;

3° souvent aussi par septicémie, ***infection***, résultant de l'extension des lésions laryngo-pulmonaires.

II. — CE QUE LE MÉDECIN NE DOIT PAS IGNORER

C'est :
1° le mode d'infection du larynx;
2° l'utilité de l'examen laryngoscopique;
3° quelques notions de thérapeutique.

MÉCANISME DE L'INFECTION BACILLAIRE DU LARYNX

La plupart des tuberculeux expectorent et ce sont les crachats qui dans leur passage à travers le larynx, infectent et **contagionnent directement** la muqueuse. Mais il n'y a pas que des tuberculoses *ouvertes*, il existe des tuberculoses « *fermées* » et en pareil cas lorsque le larynx se prend, c'est par *voie sanguine*, circulatoire (cas exceptionnels).

Certaines CAUSES favorisent cette infection secondaire, ce sont toutes les irritations chroniques de la muqueuse laryngée (poussières, tabagie, alcool, fatigue vocale, laryngites syphilitiques).

Déduction : énormément d'**hygiène** chez le tuberculeux, car il peut faire une bacillose du larynx à *n'importe quelle période* de sa lésion pulmonaire.

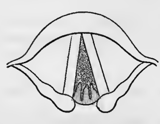
UTILITÉ DE L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE

Il sert à deux fins : *a*) à reconnaître la lésion et son degré; *b*) à la différencier d'avec d'autres affections et à éviter des erreurs de thérapeutique.

Diagnostic de la lésion.

A la phase de début (1re *période*).

Le miroir ne montre souvent que des signes de laryngite catarrhale et une congestion diffuse. Est-ce une laryngite catarrhale banale ou une laryngite pré-bacillaire? Il est impossible de l'affirmer.


Fig. 490. — Un mode de début de la tuberculose laryngée.

Deux ordres de lésions circonscrites et localisées peuvent faire toutefois soupçonner la bacillose :

a. — une ***tuméfaction*** irrégulière et rouge de la ***muqueuse inter-aryténoïdienne*** (fig. 490);

Épaississement et infiltration de la muqueuse de la région inter-aryténoïdienne.

b. — une rougeur avec épaississement d'une corde vocale inférieure ou ***monochordite*** (fig. 491).

Craignez encore plus la bacillose, si ces congestions localisées

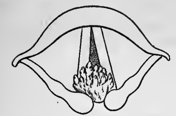


Fig. 491. — Un mode de début de la tuberculose du larynx.

Végétations de la zone inter-aryténoïdienne.

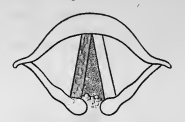


Fig. 492. — Autre mode de début de la tuberculose du larynx.

Épaississement et rougeur d'une seule corde vocale, avec parfois petites végétations inter-aryténoïdiennes.

contrastent avec la ***pâleur*** *des régions voisines* (voile, pharynx), et si le malade est pulmonairement suspect.

Le siège de ces lésions au niveau de la zone tussigène, inter-aryténoïdienne, et des cordes vocales, donne l'explication de l'enrouement et de la toux.

Plus tard (2e *période*).

Le miroir vous montre trois variétés de lésions : infiltration, ulcération, végétation, qui peuvent rester isolées et constituer

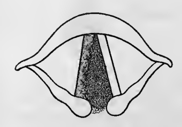


Fig. 493. — Tuberculose du larynx confirmée, à la première période.

Congestion, ***infiltration*** et ***ulcérations*** d'une corde vocale.

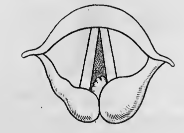


Fig. 494. — Tuberculose laryngée à la période d'état.

Infiltration des aryténoïdes, vegétation inter-aryténoïdienne.

des formes : infiltro-œdémateuse, ulcéreuse et végétante de la bacillose laryngée ou se combiner.

Toutes ces lésions atteignent indistinctement toutes les parties du larynx.

Vous ***reconnaîtrez l'infiltration*** ou **œdème** de l'épiglotte à son aspect rouge, comme induré, tendu, on dirait « un museau de tanche »; l'infiltration des aryténoïdes, à deux renflements arrondis, œdématiés, « deux billes rouges »; celle des cordes vocales, à deux gros cordons rouges et épaissis (fig. 496, 494).

Vous ***reconnaîtrez les ulcérations*** à leurs contours den-

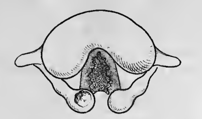


Fig. 495. — Tuberculose laryngée à la période d'état.

Infiltration de l'épiglotte, ulcérations des cordes vocales et du sommet d'un aryténoïde.

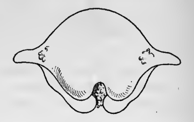


Fig. 496. — Tuberculose du larynx à la période d'état.

Énorme infiltration de l'épiglotte (forme dysphagique, douloureuse).

telés, irréguliers, déchiquetés; rarement elles sont sèches, presque toujours des mucosités les recouvrent. Elles siègent sur les zones infiltrées ou dans le vestibule.

Vous ***reconnaîtrez les végétations*** enfin, à la présence de

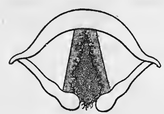


Fig. 497. — Tuberculose du larynx à la période d'état.

Ulcérations des cordes vocales (forme glottique).

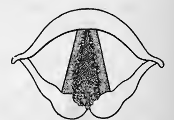


Fig. 498. — Ulcérations tuberculeuses des cordes vocales, avec végétations inter-aryténoïdiennes.

tuméfactions, de languettes charnues acuminées à leur sommet, occupant le vestibule du larynx, rétrécissant l'aire glottique.

Le siège même des lésions donne la clef des symptômes. Prédominent-elles au niveau de la glotte : *forme vocale* et *respiratoire*, le malade présente de l'enrouement, de la toux et parfois de la dyspnée dus à la sténose et au rétrécissement du larynx. Siègent-elles à l'orifice supérieur du larynx, c'est-à-dire l'épiglotte

et les aryténoïdes sont-ils infiltrés ou ulcérés : c'est la dysphagie, la douleur et le corollaire obligé, l'inanition, qui en résultent.

A la période ultime.

Si vous avez l'occasion de l'observer (car le malade ne l'atteint pas souvent), tout le larynx est transformé en un clapier puru-

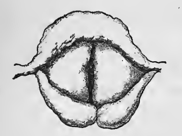


Fig. 499. — Lésions ultimes de la tuberculose du larynx.

Infiltrations et végétations remplissant le vestibule du larynx : sténose, accidents de suffocation.

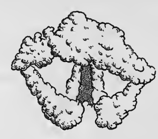


Fig. 500. — Lésions ultimes de la tuberculose du larynx.

Tout le larynx est transformé en un clapier purulent, ulcéré, fongueux végétant.

lent et ulcéré résultant de la destruction de la muqueuse, des périchondrites, des nécroses cartilagineuses, etc.

Est-ce une tuberculose du larynx?

Et non pas de la syphilis, du cancer, des polypes, une laryngite chronique. Cette question fera l'étude d'un chapitre spécial. Elle est très importante, pour ne pas aiguiller à faux le traitement.

LE TRAITEMENT

Ce qu'il faut éviter.

C'est de faire passer le traitement local *avant* le traitement général, il faut être médecin avant d'être laryngologue.

C'est sous prétexte de cicatriser et de désinfecter le larynx, de faire une *thérapeutique trop active.* Que de larynx traumatisés par des badigeonnages, des cautérisations, des attouchements avec tous les caustiques les plus variés et dont le résultat le plus clair est de donner un coup de fouet aux lésions laryngées!

Que le médecin se rappelle bien qu'on ne doit intervenir dans un larynx tuberculisé que lorsque l'état général est parfait, apy-

rétique et que les lésions pulmonaires sont minimes. Ces cas sont bien rares !

Évitez encore deux choses : de prescrire une ***cure sulfureuse*** et un ***séjour au bord de la mer***. Sous prétexte de cure d'air, on croit qu'on n'en saurait trop prendre, mais dans le cas particulier le larynx du malade en ferait tous les frais et réagirait par des poussées éminemment congestives.

Ce qu'il faut prescrire.

Un *traitement prophylactique* d'abord. — Mettez le larynx en état de défense contre l'invasion possible du bacille; donc hygiène sévère chez le tuberculeux pulmonaire. Pas de fatigue, pas de surmenage vocal, pas de tabac, pas d'alcool.

Traitez l'*état général* du malade, si le larynx est touché, et quelle que soit la phase de la lésion. Donc : cure de repos, le séjour à la campagne, alimentation appropriée, thérapeutique médicamenteuse, si elle est indiquée.

Traitement local. — Il ne peut être curatif, mais simplement *palliatif*, il combat le symptôme. Comme dans toute la pathologie bacillaire, on cite et on observe des cas de guérison, mais ils sont en si petit nombre ! ne tablez pas sur l'exception mais sur la généralité des cas.

Rappelez-vous le peu d'utilité en général, du traitement local dans la tuberculose du larynx, il doit se borner à être calmant..., quand il peut l'être !

1° Contre l'enrouement et la toux : le **repos vocal** absolu.

2° Contre les ulcérations et les mucosités, prescrivez soit des **inhalations**, soit plutôt des **pulvérisations** au moyen du pulvérisateur à chaudière avec des solutions **alcalines**.

Benzoate de soude	5 grammes.
Teinture d'eucalyptus	10 —
Glycérine neutre.	40 —
Eau.	450 —

remplir le godet du pulvérisateur;

avec des solutions **phéniquées**;

Acide phénique	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigrammes.
Glycérine	25 grammes..
Eau.	300 —

une cuiller à soupe dans le godet du pulvérisateur à vapeur, faire quatre ou cinq pulvérisations quotidiennes;

3° Contre la douleur et la dysphagie : vous recommanderez des pulvérisations calmantes, plusieurs fois par jour, de préférence avant les repas :

Chlorhydrate de morphine	0,40 centigrammes.
Antipyrine	3 grammes.
Eau	100 —

mettre une cuiller à café dans le godet du pulvérisateur.

Un excellent procédé pour calmer la dysphagie consiste dans les **aspirations laryngées** par le procédé et avec le tube de Leduc (de Nantes).

Le malade, sans le secours du médecin, introduit dans le larynx, aussi fréquemment qu'il est nécessaire, en toute sûreté, une poudre médicamenteuse qu'il aspire et qui vient tapisser comme avec un tamis tout le vestibule laryngé, ainsi qu'on peut s'en assurer par la laryngoscopie.

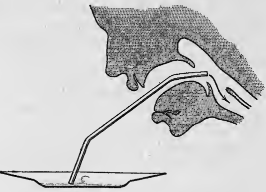


Fig. 501. — Aspiration laryngée par le procédé de Leduc (de Nantes).

Plusieurs fois par jour, de préférence dix minutes avant le repas, le malade dépose sur une assiette gros comme un pois de poudre. Il introduit une extrémité du tube coudé dans le fond de la gorge, place l'autre extrémité à la surface de la poudre et fait une brusque inspiration.

On emploie les formules suivantes :

Di-iodoforme	8 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine.	40 —

Ou encore :

Poudre de chlorhydrate de cocaïne. .	ãã 0,50 centigrammes.
— chlorhydrate de morphine.	
— sucre de lait	ãã 5 grammes.
— gomme arabique	

Contre l'asphyxie; faites la **trachéotomie**, ou plutôt des

injections de morphine. La trachéotomie en pareil cas est une opération à rejeter, et sous prétexte d'empêcher un tuberculeux cachectique de mourir étouffé, on l'infecte, on le fait tousser et on le condamne à des pansements douloureux. Plutôt alors la morphine.

La trachéotomie doit être réservée aux cas de sténose glottique par végétations, par ankylose des aryténoïdes, et tout à fait au début de la maladie quand l'état général est relativement bon. La canule laisse alors les lésions laryngées au repos et atténue singulièrement la toux et la dysphagie.

C'est à dessein que je ne parle pas du traitement laryngologique de la tuberculose du larynx.

Je ne vois pas un médecin de campagne outillé pour faire des cautérisations à l'acide lactique (risquant un spasme de la glotte), scarifiant ou écrasant à l'emporte-pièce une épiglotte infiltrée, lardant de pointes de feu des cartilages aryténoïdes, ou même faisant des thyrotomies comme on l'a proposé.

Le nombre des laryngologistes faisant la thérapeutique active chirurgicale de la tuberculose du larynx est très restreint en raison de la médiocrité des résultats qu'elle fournit.

SYPHILIS DU LARYNX

I. — *NOTIONS ABSOLUMENT INDISPENSABLES*

1° Vous n'observerez *jamais de chancre*;

2° A la *période secondaire*, les fumeurs et les alcooliques ont parfois une voix rauque, éteinte, signe de la localisation de la syphilis sur le larynx. Vous serez consulté souvent pour ce trouble vocal, qui inquiète le malade; on doit le rassurer en lui affirmant, sans avoir pris le laryngoscope, qu'il guérira, et c'est la vérité.

Si vous prenez le miroir laryngien, vous pourrez constater deux variétés de lésions : soit un *érythème vermillon*, diffus, de la muqueuse et des cordes; soit des *plaques muqueuses.* Passons, car le malade porte d'autres signatures officielles et apparentes de la syphilis. Il faut le soumettre au traitement mercuriel pour son état général et cela suffit pour le larynx;

3° Mais, où le médecin est coupable, c'est lorsque chez un adulte, jouissant d'un excellent état général, mais atteint de

dyspnée progressive avec accès de suffocation, il pratique une *trachéotomie sans avoir fait la laryngoscopie* ; il s'agissait peut-être alors d'une simple gomme syphilitique et il suffisait d'une piqûre dans la fesse au lieu de plonger le bistouri dans la gorge pour guérir le malade. Il n'est pas de laryngologiste qui n'ait observé pareille erreur; pour ma part, j'en ai vu un certain nombre.

II. — *DIAGNOSTIC*

Règle importante. — 1° Il s'agit d'*accidents tertiaires*, c'est-à-dire de gommes avec toutes leurs conséquences ;

2° Le *diagnostic ne se fait que par le laryngoscope;*

3° Le diagnostic fait à temps évite des *lésions destructives*, graves, et de grosses *erreurs thérapeutiques*.

A. — *Pour quels symptômes le médecin est-il consulté ?*

Aucun n'est pathognomonique, d'où l'utilité de prendre le miroir.

La banalité des symptômes est, en effet, la règle. C'est de l'**enrouement** avec expectoration, une absence de douleur. Le malade n'éprouve de dysphagie que, lorsque la gomme siège sur le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, au carrefour aéro-digestif.

Et cependant, surviennent peu à peu des troubles respiratoires, de la ***dyspnée*** et bientôt des ***accès de suffocation***, qui vont commander une trachéotomie.

Un trouble alors doit naître dans votre esprit, c'est la ***rapidité*** d'***évolution*** de ces symptômes, ***coïncidant avec un état général et viscéral relativement bon.***

Si vous êtes appelé d'urgence et que vous voyiez le malade pour la première fois, vous pensez à un œdème de la glotte. Si vous avez suivi le patient depuis un certain temps, vous redoutez un cancer ou une tumeur du larynx de mauvaise nature.



Fig. 502. — Gomme syphilitique du larynx, infiltrant une partie du vestibule.

B. — *L'examen laryngoscopique fournit le diagnostic.*

La lésion est une ***gomme***. Comme partout ailleurs au début elle est rouge, lisse, circonscrite, siégeant de préférence sur les parties antérieures du larynx (épiglotte surtout et cordes vocales).

Plus tard c'est une **gomme ulcérée**, avec ses caractères classiques : profonde, bords rouges, taillés à pic. Elle ronge tous les

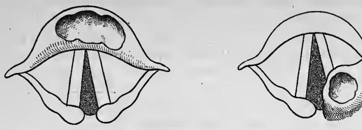


Fig. 503. — Gomme ulcérée de l'épiglotte.

Fig. 504. — Gomme ulcérée d'un aryténoïde.

tissus voisins, elle entame l'épiglotte comme à l'emporte-pièce, elle ulcère les muscles, les cartilages, détermine des œdèmes de voisinage, des périchondrites avec obstruction de la lumière glottique : d'où asphyxie.

III. — *TRAITEMENT*

Ce qu'il faut éviter.

C'est d'attendre que le malade étouffe pour recourir à la trachéotomie et faire ensuite rétrospectivement pratiquer l'examen du larynx par un spécialiste.

Cette manière de faire sauve le malade, mais le transforme par-

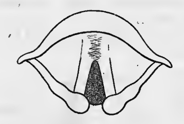


Fig. 505. — Guérison d'une syphilis laryngée. Lésions cicatricielles de la partie antérieure de la glotte.

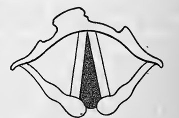


Fig. 506. — Lésions cicatricielles de l'épiglotte, consécutives à des gommes ulcérées.

fois en canulard, car le mercure arrive trop tard. Il guérit le tertiarisme laryngé, mais n'évite pas les **complications** très graves de la gomme, c'est-à-dire les cicatrices vicieuses, les brides fibreuses, les ankyloses des aryténoïdes; bref, il n'empêche pas un rétrécissement du larynx.

Vous voyez donc que l'omission d'avoir pris à temps le laryngoscope :

1° fait perdre la voix du malade ;

2° risque de lui faire porter une canule le reste de ses jours.

Ce qu'il faut faire.

Prescrire le **traitement mixte**, mercure en injections (dose intense) et iodure de potassium (4 grammes par jour); mais il ne faut jamais prescrire ce dernier s'il y de la dyspnée et de la sténose glottique. Ce serait risquer un œdème du larynx. Faites donc l'examen laryngoscopique chaque jour et surveillez l'action du médicament. Vous verrez fondre les lésions sous vos yeux.

Même en cas d'asphyxie, commencez par une injection d'huile grise, tout en tenant prête la boîte à trachéotomie. Pas d'iodure surtout, en pareil cas. Injectez du 606.

Recommandez une *hygiène laryngée*, évitez la respiration des poussières, fumée, tabac, pas d'alcool, repos vocal, pas d'effort s'il y a dyspnée.

Ni gargarismes, ni inhalations, ni pulvérisations.

POLYPES DU LARYNX OU TUMEURS BÉNIGNES

Que de fois, en présence d'un malade présentant un enrouement chronique, ne dit-on pas d'une façon réflexe : il a « un polype du larynx »! Or, mieux vaut tenir que de courir, et regarder que croire.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

1° *Chez l'adulte*, un seul signe : l'**enrouement**. Ce trouble vocal est tout à fait variable. La voix, parfois claire et nette, s'éteint brusquement; il y a des faux pas dans la voix; quelquefois elle est bitonale et le sujet, en parlant, fait entendre deux sons distincts.

2° *Chez l'enfant*, outre l'enrouement, il existe des troubles respiratoires, de la **dyspnée** qui va en augmentant et commande souvent une trachéotomie; elle tient à deux causes : au faible calibre du larynx à cet âge et à la nature des tumeurs.

CAUSES

Ce sont toutes les irritations de l'organe : cris chez l'enfant (certains ne peuvent parler ni jouer, sans crier); fatigue et surmenage vocal chez l'adulte.

NATURE

Il est inutile de connaître toutes les variétés histologiques des tumeurs bénignes, admirablement décrites dans les traités. Il y a des fibromes, des papillomes, des adénomes, des lipomes, ..., toutes ces tumeurs peuvent élire domicile dans le vestibule laryngien.

Les plus fréquentes de toutes, celles que que vous aurez occasion d'observer dans la pratique sont les *fibromes* et les *papillomes*.

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE

1° Le ***fibrome***, très fréquent chez l'adulte, est de même nature que tous les fibromes de l'organisme : utérin, etc. Vous le verrez

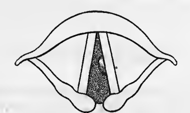


Fig. 507. — Polype du larynx.
Première variété. — Petit noyau sessile implanté sur le bord libre de la corde vocale.

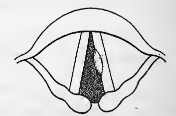


Fig. 508. — Polype du larynx.
Deuxième variété. — Petit fibrome implanté, enchassé dans l'épaisseur du bord libre de la corde vocale.

dans votre miroir, sous forme d'une petite tumeur, unique, lisse, rosée, arrondie, implantée sur le bord libre d'une corde vocale, du volume maximum d'un petit pois; tous ces caractères sont très précieux.

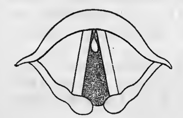


Fig. 509. — Polype du larynx.
Troisième variété. — Polype pédiculé inséré au niveau de la commissure antérieure.

Le mode d'implantation sur la corde vocale varie (fig. 506 et suivantes) : tantôt le polype est pédiculé, tantôt sessile, parfois incrusté.

Vous voyez de suite, par l'image laryngoscopique, que son

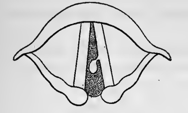


Fig. 510. — Polype pédiculé du larynx.

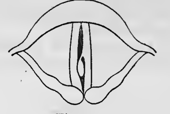


Fig. 511.
Pendant la phonation, ce polype pédiculé peut s'interposer entre le bord libre des cordes : d'où l'enrouement.

siège explique le trouble local et permet de se rendre compte de la *variabilité* de l'*enrouement*.

Quand le polype est pédiculé, il peut faire le battant de cloche,

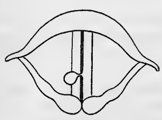


Fig. 512.
Le polype se place au-dessus des cordes.

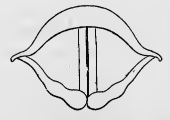


Fig. 513.
Le polype se cache sous les cordes.

c'est-à-dire rester au-dessous des cordes et ne pas empêcher l'affrontement de celles-ci pendant la phonation; par conséquent

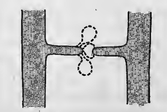


Fig. 514. — Les trois positions des polypes pédiculés.

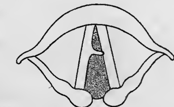


Fig. 515. — Polype corné (rare).

il reste invisible. Et, si vous avez eu le tort de n'examiner le larynx du malade qu'en position phonatoire pendant l'émission de la lettre

É, vous risquez de ne pas apercevoir le polype ; d'où, encore une fois, l'utilité de suivre la règle classique et d'inspecter toujours le larynx sous ses deux aspects, pendant la respiration et pendant la phonation.

Le polype peut également s'insinuer entre les cordes, ou se placer au-dessus.

2° Le **papillome** (absolument analogue, comme structure, à tous ceux de l'économie), est rare chez l'adulte, *très fréquent chez*

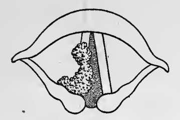


Fig. 516. — Papillomes du larynx.

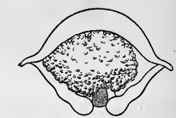


Fig. 517. — Papillomes du larynx remplissant le vestibule.

les enfants, et on peut dire que la plupart des obstructions laryngées à cet âge, avec troubles respiratoires et asphyxie, indépendantes d'une affection aiguë (croup, corps étrangers, etc.), sont dues à des papillomes.

Dans le laryngoscope, ils se présentent sous forme de tumeurs multiples, d'aspect framboisé, muriforme, pâles, diffuses, siégeant dans la partie antérieure du larynx et des cordes, puisque là seulement il existe des papilles.

Chez l'enfant où l'examen laryngoscopique est difficile, sinon impossible, le praticien ne pourra pas faire le diagnostic. C'est la persistance des troubles laryngés chez le petit malade qui le fera recourir à l'examen d'un spécialiste. Celui-ci, sous chloroforme, inspectera la cavité laryngée avec le miroir ou avec les tubes bronchoscopiques.

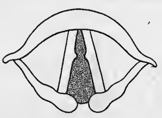


Fig. 518. — Nodules vocaux (pendant la respiration).

3° ***Nodules vocaux.*** — Ce sont de *petits polypes en miniature*, ou plutôt des *épaississements circonscrits, nodulaires, blanchâtres, symétriques*, du bord libre des cordes vocales, siégeant à l'union du 1/3 antérieur et du 1/3 moyen, et empêchant l'affrontement des cordes pendant la phonation, d'où l'enrouement chronique qu'ils déterminent.

Ce sont des épaississements de l'épithélium, des *durillons*, des *callosités* des cordes vocales, des « **cors aux pieds** » du larynx, ainsi qu'on les a appelés. C'est dire leur ténacité.

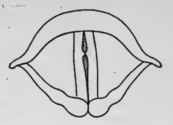


Fig. 519. — Nodules vocaux (pendant la phonation).

Vous les observerez chez les *professionnels de la voix*, chez les chanteurs, les enfants criards.

Le *diagnostic* des polypes du larynx ne peut être confondu avec celui d'autres tumeurs de cet organe (page 380).

TRAITEMENT

Il faut traiter tout polype du larynx : 1° pour **guérir** le trouble fonctionnel qu'il détermine; 2° éviter des **accidents** dus à l'accroissement du volume : asphyxie, surtout chez les enfants; 3° empêcher la transformation possible en tumeur *maligne*.

L'extirpation par voie laryngée sera faite, pour les fibromes, par le laryngologiste.

La trachéotomie sera réservée aux enfants atteints de papillomes. En laissant le larynx au repos, on observe parfois la disparition de ces petits néoplasmes. Sinon, thyrotomie.

Les nodules sont du ressort des laryngologistes qui pourront être amenés à les cautériser ou à les extirper.

Une règle capitale sera de prescrire au malade un **grand repos vocal**, en particulier contre les nodules.

CANCER DU LARYNX

Un seul point à retenir, au point de vue pratique journalière : c'est le diagnostic *précoce* qui permettra une thérapeutique efficace.

Si le malade est coupable d'avoir consulté trop tard ou de refuser une intervention, bénigne au début, le médecin ne l'est pas moins en méconnaissant le cancer à son origine.

LE MÉDECIN NE PEUT FAIRE LE DIAGNOSTIC PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS

Qu'y a-t-il de pathognomonique dans l'histoire suivante : un homme de 40 à 60 ans, *enroué* depuis parfois longtemps, deux ou trois ans, vous fait appeler un jour, soit pour des *troubles respiratoires*, à marche progressive, avec accès de suffocation surtout quand il est couché; soit pour des *douleurs* cervicales, pharyngées, irradiées dans l'oreille; soit pour une *dysphagie* empêchant toute alimentation.

Serez-vous mis sur la voie du diagnostic par une *expectoration sanguinolente*? mais elle se produit à une période avancée; par l'apparition de *ganglions cervicaux*? mais, eux aussi, surviennent assez tardivement; par l'*extériorisation* du néoplasme, c'est-à-dire l'envahissement des cartilages, les nodosités néoplasiques sous-cutanées, les fistules? mais il est alors singulièrement tard et il est facile de faire le diagnostic.

L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE, SEUL, PEUT PERMETTRE LE DIAGNOSTIC

Vous verrez des cancers développés : 1° dans la cavité laryngée (cancers *intrinsèques*); 2° sur le pourtour de l'orifice supérieur du larynx (cancers *extrinsèques*).

a. — *Au début.*

L'image laryngoscopique est la suivante :

La plupart du temps, un **épaississement rouge**, d'une ***seule***

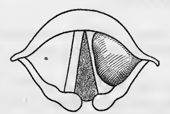


Fig. 520. — Un mode de début du cancer du larynx.

Infiltration *unilatérale* de la muqueuse du vestibule.

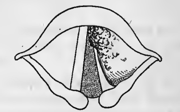


Fig. 521. — Autre aspect du cancer du larynx.

Infiltration et *végétations unilatérales* immobilisant la corde vocale.

corde vocale (cette unilatéralité est pathognomonique), laquelle s'infiltre de plus en plus et s'***immobilise*** pendant la phonation (autre caractère pathognomonique).

Parfois, c'est l'*aryténoïde* qui est le siège du cancer, et qui lui aussi, s'immobilise rapidement.

Voilà pour les cancers à début cavitaire.

Si le néoplasme a pour point de départ l'orifice supérieur du larynx : l'épiglotte ou le repli aryténo-épiglottique, vous verrez une petite ***masse framboisée, végétante.***

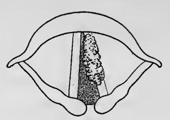


Fig. 522. — Autre type de cancer du larynx au début.

Végétations framboisées infiltrant une corde vocale.

b. — *A une phase plus avancée.*

Quel que soit son siège, la tumeur est devenue *bourgeonnante, saignante, ulcéreuse, douloureuse, sanieuse,* souvent recouverte de mucosités. Quand elle est implantée sur l'orifice supérieur et l'épiglotte, elle forme un gros ***champignon végétant, ulcéré.***

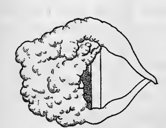


Fig. 523. — Envahissement du larynx par le cancer.

Mais, retenez bien que les cancers cavitaires forment une masse qui reste longtemps unilatérale, avant d'envahir tout le larynx, et cette **unilatéralité** avec l'**immobilisation** d'une moitié de l'organe, est un des grands caractères des néoplasmes.

Êtes-vous certain du diagnostic de cancer? N'est-ce pas une syphilis, une tuberculose? (voir le diagnostic différentiel des ulcérations et tumeurs du larynx, page 380).

MARCHE ET DURÉE D'UN CANCER DU LARYNX

L'évolution est classique, c'est la *mort. Rapide* en général, dans les cancers de la marge du larynx, en raison des infections secondaires et de l'inanition par dysphagie ; elle survient au bout de 2 *et* 3 *ans* parfois dans les cancers glottiques.

Cet élément de durée est important à retenir.

La terminaison se fait par inanition, cachexie, asphyxie, ou

hémorragie, avec bosselures cervicales ganglionnaires, douleurs atroces.

TRAITEMENT

Ce qu'il faut éviter.

Tout traitement endo-laryngé, toute manipulation (cautérisation, extirpation avec des pinces, etc.), qui ulcère la tumeur et aggrave l'état; tous les pansements quels qu'ils soient.

Ce que vous conseillerez.

1° L'***extirpation*** par une thyrotomie ou une laryngectomie, si la tumeur est bien circonscrite, cavitaire et n'a pas envahi la marge du larynx; s'il n'y a pas de ganglions, si l'état général est bon. Nombre de laryngologistes, et pour ma part je compte un certain nombre de guérisons, en opérant ainsi dans de bonnes conditions, ont assuré de longues survies à leurs malades et la guérison.

2° La ***trachéotomie*** est très discutable. On la fait, soit au début, pour laisser le cancer évoluer en paix, au-dessus de la canule; ou au contraire, au moment des accidents asphyxiques.

C'est à cette période surtout qu'il est permis de la discuter. Est-il préférable de risquer un trou dans la gorge d'un malade, avec une survie de courte durée, des hémorragies possibles, l'infection et l'envahissement de la plaie trachéale, etc., etc., ou au contraire n'est-il pas plus humain d'aborder la morphine?

3° La ***morphine*** est en tout cas nettement indiquée pour calmer les douleurs et la dysphagie de la période ultime.

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE LARYNGOSCOPIQUE DE LA SYPHILIS, DE LA TUBERCULOSE ET DU CANCER DU LARYNX

Certes pour un médecin averti, le résultat de l'*auscultation* pulmonaire, l'analyse *bactériologique* des crachats, le *traitement spécifique*, l'*examen histologique* d'un fragment endo-laryngé, peuvent faciliter le diagnostic différentiel de ces laryngopathies : syphilis, cancer, tuberculose; mais l'image laryngoscopique le précise singulièrement.

Les trois affections se caractérisent par une tuméfaction, une *tumeur*, ou par des *ulcérations*.

a. — ***Tumeurs*** ou tuméfactions du larynx.

La *gomme syphilitique* se reconnaît à son siège (elle se localise dans le larynx antérieur : épiglotte, cordes vocales supérieures), à son aspect : rouge, lisse, circonscrite; à sa rapide évolution.

Les *végétations tuberculeuses* sont multiples, irrégulières, s'accompagnent de lésions du voisinage.

Le *cancer* forme une tumeur non pédiculée, *unique*, affectant la corde vocale ou l'épiglotte, sans lésions de la muqueuse voisine, *immobilisant* la corde.

b. — ***Ulcérations*** laryngées.

La *gomme* ulcérée présente un fond sanieux, des bords rouges, taillés à pic, avec infiltration périphérique.

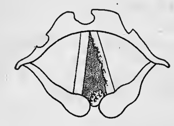


Fig. 524. — Diagnostic difficile de certaines ulcérations du larynx (Lupus).

Ulcérations de la muqueuse infiltrée, peu profondes, coexistant avec des lésions de voisinage : pharynx, nez.

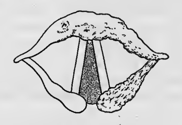


Fig. 525. — Diagnostic difficile de la forme hybride de la tuberculose et de la syphilis laryngée associées.

Cicatrices spécifiques de l'épiglotte coexistant avec des ulcérations tuberculeuses, des replis aryténo-épiglottiques et des végétations inter-aryténoïdiennes.

Les ulcérations *tuberculeuses* offrent des contours dentelés, irréguliers, déchiquetés; elles sont multiples.

Le *cancer* ulcéré est bourgeonnant, fongueux, sanieux, saignant, douloureux, et unilatéral.

CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES

Je suppose le cas clinique suivant :

Un médecin de campagne, éloigné d'un centre important, c'est-

à-dire ne disposant pas d'une instrumentation radioscopique, radiographique, bronchoscopique et de tout l'attirail moderne, est appelé d'urgence auprès d'un ***enfant*** (cas le plus fréquent) ou d'un adulte, chez lequel un corps étranger a pénétré dans les voies aériennes (larynx, trachée, bronche).

L'entourage raconte qu'un ***accès de suffocation*** violent s'est produit au moment de l'accident.

QUELLE EST LA CONDUITE A TENIR?

Deux cas : 1° le malade asphyxie, il y a urgence ; 2° les accidents ne sont pas menaçants.

1er *cas.* — Le ***malade asphyxie*** : vite, une trachéotomie, pour assurer la respiration. Faites-la très basse, et non pas intercrico-thyroïdienne. Il vous arrivera parfois, dès que vous aurez fendu la trachée, de voir le corps étranger expulsé.

2e *cas.* — ***Il n'y a pas urgence.***

La dyspnée est modérée, le tirage moyen, la toux est supportable. Prescrivez un *repos absolu* au malade, faites-le surveiller attentivement, guettez l'accès de suffocation, tenez prête une boîte et toute une installation pour faire la trachéotomie.

Et alors :

a) Le **médecin n'a pas de laryngoscope.** Cherchez *médicalement* à fixer le siège possible du corps étranger; il y a des probabilités pour qu'il soit : *dans le larynx*, si la douleur est fixe et la voix enrouée; *dans la trachée*, s'il y a un bruit de drapeau et des accès de dyspnée intermittents; *dans une bronche*, si le murmure respiratoire est supprimé de ce côté, avec conservation de la sonorité thoracique (1).

b) Le **médecin peut pratiquer la laryngoscopie.**

Pas toujours possible chez l'enfant. Si vous pouvez la faire, elle pourra vous fixer sur la *présence* et le *siège* du corps étranger, dans le larynx ou dans la trachee.

c) La **laryngoscopie est impossible.**

Si les accidents ne sont pas menaçants, recourez au laryngologiste qui, grâce au miroir laryngien, à la radioscopie ou à la radiographie au besoin, avec les tubes trachéo ou bronchoscopiques, fera le diagnostic du siège du corps étranger, au moyen de

(1) Georges Laurens. *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, Steinheil, 1906.

l'anesthésie cocaïnique chez l'adulte, chloroformique chez l'enfant.

Et de ce diagnostic résultera l'indication opératoire.

Chez l'adulte, l'***ablation*** des corps étrangers laryngiens ou sous-glottiques, sera possible, par ***voie buccale***, au moyen de pinces spéciales; chez l'enfant, il faudra la narcose.

La ***bronchoscopie*** permettra l'extraction des corps endo-trachéaux ou intrabronchiques.

S'il n'y a aucune urgence, voilà la méthode de choix, qui évite souvent la trachéotomie, et que vous devez toujours conseiller. Plus l'extraction sera précoce, moins il y aura de complications infectieuses du côté des voies respiratoires.

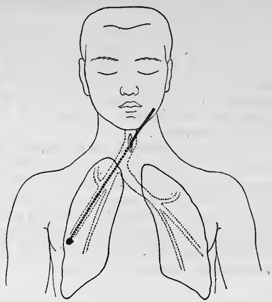


Fig. 526. — Trachéotomie et bronchoscopie pour corps étranger des voies aériennes.

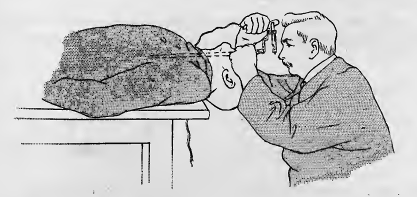


Fig. 527. — Bronchoscopie par voie buccale pour rechercher un corps étranger des voies aériennes.

Ce que le médecin doit éviter.

De perdre la tête, — pour ne pas faire perdre la vie au malade, 1° en faisant des tentatives d'***extraction digitale***, en fourrant le doigt dans la gorge de l'enfant au risque de se faire mordre et de l'étouffer. On risque en effet de refouler le corps étranger, de le faire aspirer plus profondément dans les voies aériennes, d'augmenter le spasme. Il faut donc écarter cette manœuvre brutale.

2° en ***opérant*** trop tôt et trop vite. ***Trop tôt***, avant de s'être assuré si le corps étranger est bien dans les voies aériennes et n'a pas, en réalité, été expulsé dans un effort de toux. Prenez donc le miroir frontal et le laryngoscope, avant le bistouri. ***Trop vite***, enfin : dans la précipitation à éviter l'asphyxie, ne faites pas une thyrotomie, c'est-à-dire une section de la pomme d'Adam, au lieu d'une trachéotomie, ainsi que je l'ai vu faire; faites une trachéotomie basse, linéaire et correcte.

RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX

NATURE ET DIAGNOSTIC

Vous avez traité une syphilis tertiaire du larynx, une laryngite tuberculeuse à forme ulcéreuse, une brûlure du larynx, enlevé un

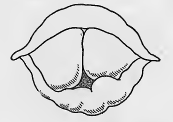


Fig. 528. — Rétrécissement du larynx par des condylomes syphilitiques.

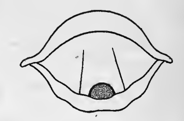


Fig. 529. — Rétrécissement cicatriciel du larynx : la glotte est réduite à un orifice.

corps étranger des voies aériennes : je suppose que tous ces malades aient guéri, avec ou sans trachéotomie.

Quelque temps se passe, lorsqu'un jour, le malade vient con

sulter à nouveau pour une ***dyspnée*** qui va croissant, accompagnée d'***accès de suffocation***.

L'examen laryngoscopique montre une sténose du larynx par des **brides fibreuses**, des **membranes cicatricielles**, qui rétrécissent la glotte.

Vous êtes en présence d'un rétrécissement du larynx dû à des *cicatrices* d'*ulcérations* anciennes.

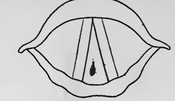


Fig. 530. — Rétrécissement du larynx. (La glotte est réduite à une fente.)

TRAITEMENT

Ne vous en chargez pas. Pour le laryngologiste, du reste, c'est un épouvantail. Dilatation, section, électrolyse, thyrotomie, laryngostomie, c'est-à-dire ouverture temporaire du larynx pendant des mois pour traiter le rétrécissement : que ne met-il en œuvre pour combattre la sténose ?

PARALYSIES DU LARYNX

Rappelez-vous les deux fonctions du larynx : *respiratoire*, *phonatoire*. Pendant la respiration, les cordes vocales s'écartent, la glotte s'entrouvre; pendant la phonation, les cordes se rapprochent et vibrent, la glotte se ferme.

Tous ces mouvements sont dus au jeu des muscles du larynx, dont les uns sont *constricteurs* (ferment la glotte), les autres *dilatateurs* (l'entr'ouvrent).

Un dernier mot enfin. Dans l'épaisseur même des cordes, il existe des muscles (*muscles tenseurs des cordes vocales*) dont le fonctionnement assure la voix, et le relâchement produit l'enrouement.

Tous les muscles du larynx, sauf un, sont innervés par les nerfs *récurrents*. Il peut y avoir des paralysies d'origine centrale, myopathique, récurrentielle (fig. 540). Ces dernières sont les plus fréquentes.

I. — *PARALYSIES RÉCURRENTIELLES*

Elles peuvent être *uni* ou *bilatérales*.

a). — ***Paralysies unilatérales*** : un anévrisme de l'aorte, par exemple, comprimant le récurrent gauche.

La corde vocale correspondante restera immobile (cas le plus

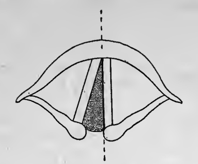


Fig. 531. — Paralysie récurrentielle droite.

Pendant la respiration, on voit la corde vocale gauche se déplacer, tandis que la droite reste immobile.

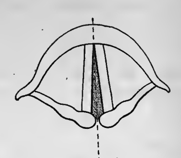


Fig. 532. — Paralysie récurrentielle droite.

Pendant la phonation, on voit les deux cordes au contact présentant une image laryngoscopique normale.

fréquent). Comme symptôme : ***l'enrouement.***

b). — ***Paralysies bilatérales*** : (compression du récurrent par une tumeur de l'œsophage, du corps thyroïde (rare).

L'écartement des cordes est impossible. Elles restent absolument au contact.

Comme syptômes : ***enrouement*** et ***dyspnée.***

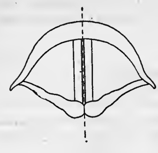


Fig. 533. — Paralysie des deux récurrents.

II. — *PARALYSIES ISOLÉES DES MUSCLES DU LARYNX*

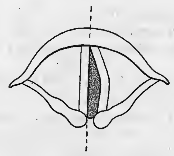


Fig. 534. — Paralysie isolée des muscles laryngés.

(thyro-aryténoïdiens) sont paralysés, forme dite « en boutonnière ».

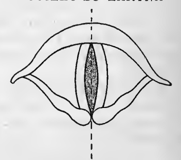


Fig. 535. — Paralysie isolée des muscles laryngés.

Les muscles tenseurs des cordes les cordes sont flasques, la glotte a une

Très souvent myopathiques, consécutives à une laryngite, ou hystériques. Toutes se traduisent par de l'enrouement.

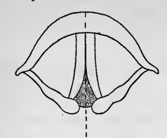


Fig. 536. — Paralysie partielle des muscles postérieurs du larynx. (Muscles ary-aryténoïdiens.)

Formation d'un triangle isocèle rétro-glottique.

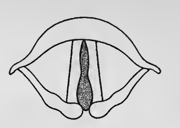


Fig. 537. — Paralysie des muscles tenseurs des cordes (Muscles crico-thyroïdiens.)

L'aspect des cordes vocales est sinueux.

Les figures ci-contre donnent l'image glottique de ces paralysies.

INTERPRÉTATION D'UNE PARALYSIE LARYNGÉE

Un malade vous a consulté pour un enrouement ou une dyspnée,

Fig. 538. — Schéma du trajet des nerfs récurrents, qui innervent les muscles du larynx.

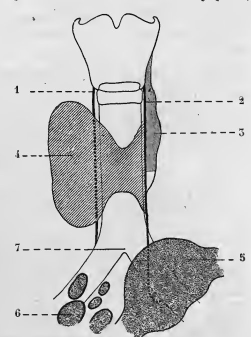
Voici les causes de leur compression et par suite des paralysies du larynx :

1. Récurrent droit. — 2. Récurrent gauche.

3. *Cancer de l'œsophage.* — Le nerf récurrent gauche est situé derrière la trachée, dans l'angle qu'elle forme avec l'œsophage. Par suite, toute tumeur de cet organe comprimera le nerf et déterminera une paralysie laryngée.

4. Corps thyroïde. — L'hypertrophie du corps thyroïde ou *goitre*, développée aussi bien dans le lobe gauche que dans le lobe droit, comprime le nerf récurrent et le paralyse. Il arrive aussi que dans les thyroïdectomies, le nerf peut être blessé.

5. *Anévrisme de l'aorte.* — La



crosse aortique affecte des rapports intimes avec le récurrent. Son ectasie risque de le paralyser.

6. L'*adénopathie trachéo-bronchique*, développée au niveau de la bifurcation de la trachée, comprime fréquemment les nerfs laryngés.

Il faut retenir, au point de vue clinique, la plus grande *fréquence* des paralysies récurrentielles gauches, en raison de leur origine œsophago-aortique.

l'image laryngoscopique vous a révélé une paralysie laryngée. Quelles données allez-vous en tirer au point de vue diagnostic, pronostic, thérapeutique.

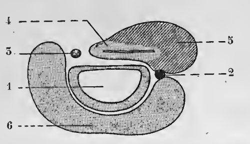


Fig. 539. — Coupe horizontale du cou avec la situation schématique des récurrents et leurs organes compresseurs.

1. Trachée. — 2. Récurrent gauche. — 3. Récurrent droit. — 4. Œsophage. — 5. Cancer de l'œsophage. — 6. goitre.

On voit que le récurrent gauche est plus particulièrement exposé à être pris entre deux feux.

Procédez par exclusion, du simple au complexe.

1[er] *cas*. — S'agit-il d'une paralysie ***unilatérale***, affectant la ***totalité de la corde*** avec intégrité du larynx, absence d'hyperémie : c'est une paralysie du ***récurrent***. Rappelez vos souvenirs anatomiques et cherchez quel est l'organe compresseur, au moyen d'un examen cervical et thoracique. Donc auscultez, radiographiez, œsophagoscopiez, etc., et vous trouverez un organe suspect.

La signification de cette paralysie est capitale, au point de vue

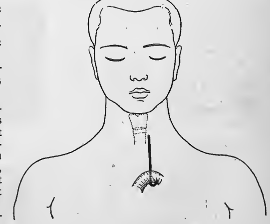


Fig. 540. — Les trois causes des paralysies des muscles du larynx.

1. Les *paralysies récurrentielles* sont de beaucoup les plus fréquentes; il suffit d'une compression quelconque sur l'un des points du trajet nerveux. Sur la fig. 540, on voit le trajet sous pré et sus-aortique du récurrent gauche.

2. Les *paralysies myopathiques* s'observent assez souvent. Voici leur origine : à la suite d'une laryngite aiguë, catarrhale, banale, le

malade est pris d'enrouement. C'est que l'inflammation de la muqueuse a gagné le muscle sous-jacent et provoqué une myosite, en quelque sorte. Le pronostic de ces paralysies est bénin.

3. Les *paralysies d'origine centrale*, consécutives à des affections cérébrales et médullaires, sont beaucoup plus rares.

diagnostic pathogénique et pronostic. Un enrouement vous aura fait découvrir un anévrisme de la crosse aortique ou de la sous-clavière droite! Traitement = o.

2e *cas*. — Cette exploration cervico-thoracique est-elle négative, ce sont les origines cérébrales du récurrent qui sont en cause. Donc, examen du système nerveux au point de vue tabes, sclérose en plaques, etc., etc. Le neuro-pathologiste vous mettra le doigt sur le point de départ de la paralysie. — Pronostic en rapport avec la cause.

3e *cas*. — L'enrouement est-il apparu au cours d'une grippe, d'une laryngite aiguë, se traduit-il par une paralysie ***isolée*** des muscles d'une ou des deux cordes, la muqueuse laryngée est-elle encore enflammée : pas de doute, il s'agit d'une paralysie ***myopathique***. Pronostic bénin.

TRAITEMENT

Inefficace dans les paralysies d'origine centrale, et bien souvent aussi dans les paralysies récurrentielles par compression.

Utile dans les affections myopathiques, c'est-à-dire dans les paralysies consécutives à une laryngite aiguë; dans l'hystérie, dans les intoxications, dans la syphilis.

Vous prescrirez alors le repos vocal, des inhalations (s'il y a encore des traces de catarrhe et d'hyperémie laryngée), de la strychnine, l'électrisation, du bromure avec suggestion (hystérie), au besoin du massage vibratoire externe.

SPASME DE LA GLOTTE — ICTUS LARYNGÉ

Le spasme glottique est le résultat de la contraction convulsive des muscles laryngés qui détermine l'occlusion de la glotte.

La cause du spasme peut être *locale* (catarrhe aigu du larynx chez l'enfant ou laryngite striduleuse, corps étrangers, vapeurs irritantes, etc.); *périphérique* (compression du récurrent par une tumeur cervico-médiastinale); *centrale* (affections du système nerveux, tabes, chorée, etc.).

Toux spasmodique avec inspiration sifflante, bruyante, appel d'air désespéré, tel le *chant du coq* dans la coqueluche, voilà la traduction symptomatique du spasme de la glotte.

L'ictus ou *vertige laryngé* est un phénomène de même ordre, qui débute par une sorte de chatouillement dans la gorge, avec toux spasmodique, s'accompagnant d'angoisse, de congestion de la face, et finalement de perte de connaissance et de chute. La crise terminée, le malade se relève inconscient de son état.

Presque toujours l'ictus est commandé par une affection du système nerveux (tabes, épilepsie); parfois cependant vous l'observerez chez des nerveux à l'occasion d'un froid, d'un excès tabagique, d'une émotion.

Comme traitement.

Pendant la crise, révulsion pré-laryngée (compresses chaudes), inhalations de vapeurs émollientes, parfois de chloroforme, aspersion d'eau froide, flagellation. En outre, recommandez au malade de respirer uniquement par *le nez*, et rassurez-le.

En *dehors du spasme*, prescrire des antispasmodiques, bromure, valériane. Examiner soigneusement le système nerveux.

TRACHÉOTOMIE

C'est une opération qu'on fait souvent d'*urgence*, qui est *émouvante*, et qui exige du sang-froid de la part du médecin.

INDICATIONS

Il faut ouvrir la trachée, lorsqu'un malade *asphyxie* par un obstacle siégeant dans le larynx ou à la partie supérieure de la trachée (cancer, corps étranger, tuberculose, etc.).

Il faut donc, préalablement, faire la laryngoscopie.

OU FAUT-IL PRATIQUER LA TRACHÉOTOMIE?

Toujours *au-dessous de l'obstacle*, voilà la règle.

Il y a trois points où l'on peut ouvrir la trachée (fig. 545).

1° On pratiquera : la *laryngotomie intercrico-thyroïdienne*, si

le rétrécissement laryngé siège très haut, à l'orifice supérieur du larynx ou dans le vestibule.

Mais, ne la faites jamais dans les cancers ou dans les tubercu-

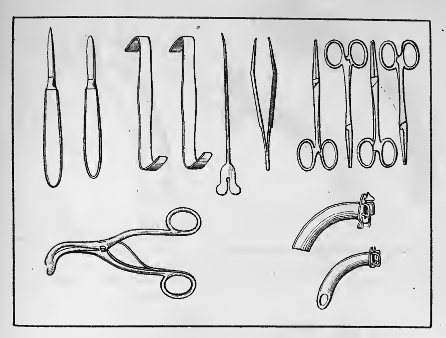


Fig. 541. — Les instruments.

1. *Les canules* (employez des canules de Krishaber). Pour les choisir, sachez que leur numérotage est réglé par l'âge du malade. Voici leur diamètre interne :

N° 000	— 5 m/m	— au-dessous de 15 mois.
0	— 6 m/m	— jusqu'à 2 ans.
1	— 7 m/m	— de 2 à 5 ans.
4 m/m	— 8 m/m	— adolescents.
5 m/m	— 9 m/m	— adultes.

2. Les instruments proprement dits : bistouris droit et boutonné, écarteurs, sonde cannelée, pince à disséquer, pinces hémostatiques, dilatateur.
3. Cuvettes flambées, pour les tampons stérilisés, destinés à l'hémostase.
4. Une cuvette contenant les canules toutes montées.
5. Une cuvette renfermant le pansement (gaze aseptique, taffetas gommé, rubans, écouvillon).

loses glottiques ou sous-glottiques, car vous feriez la bouche aérienne en plein tissu malade.

C'est la trachéotomie de beaucoup la *plus facile*.

2° On fera toujours la *trachéotomie supérieure*, au niveau des premiers anneaux. C'est l'opération la plus courante (croup, etc.)

3° La *trachéotomie basse* est exceptionnelle.

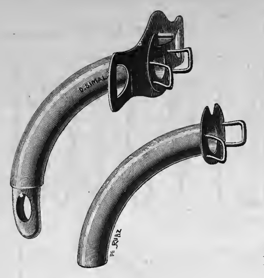


Fig. 542. — Canule à trachéotomie.

On voit la canule externe avec son mandrin, et la canule externe, isolée.

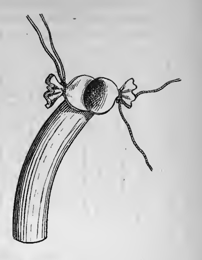


Fig. 543. — Une canule à trachéotomie de fortune formée par un tube de caoutchouc, un gros drain, incisé suivant sa longueur à une de ses extrémités.

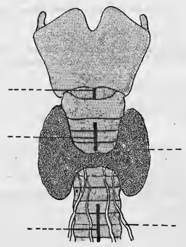


Fig. 544. — La région opératoire (vue de face).

On peut faire la trachéotomie en trois points :

1° *Laryngotomie intercrico-thyroïdienne*, entre les cartilages cricoïde et thyroïde, *facile*, car la trachée est à fleur de peau ; *exsangue*, car il n'existe pas de vaisseaux.

2° *Trachéotomie supérieure* : c'est le *lieu d'élection*. Opération un peu plus hémorragipare : c'est la *trachéotomie classique*, on la fait sur les premiers anneaux.

3° *Trachéotomie inférieure*, *difficile* (en raison de la profondeur de la trachée, qui est fuyante) *hémorragipare*, car les veines nombreuses sont souvent [dilatées par l'asphyxie du malade et le corps thyroïde est, lui aussi, congestionné. Malheur à qui le coupe !

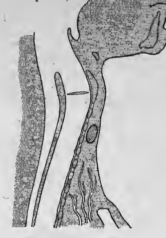
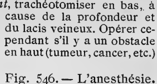


Fig. 545. — La région des trachéotomies (vue de profil).

Ne jamais opérer au milieu du cou au niveau de l'isthme du corps thyroïde (représenté en noir sur la figure).

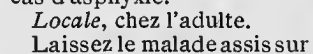
Toujours, quand il est possible, opérer au-dessus, c'est le lieu d'élection : trachéotomie supérieure.



Exceptionnellement, trachéotomiser en bas, à cause de la profondeur et du lacis veineux. Opérer cependant s'il y a un obstacle en haut (tumeur, cancer, etc.)

Fig. 546. — L'anesthésie.

Générale, si l'enfant n'asphyxie pas.



Absence d'anesthésie, en cas d'asphyxie.

Locale, chez l'adulte.

Laissez le malade assis sur une chaise, ou dans son lit, ne mettez pas encore le billot sous les épaules, ce qui augmenterait la gêne respiratoire.

Désinfectez la peau par un badigeonnage iodé des téguments, puis faites une *injection intra-dermique* de 2 centimètres cubes de cocaïne à un pour cent, du bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale, sur la ligne *médiane*. Attendez cinq minutes et incisez.

1 3 4 5

2

Fig. 547. — Dispositif de l'opération de la trachéotomie.

1. Fenêtre. — 2. Chirurgien. — 3, 4, 5. Position des aides.

Un billot sous les épaules et non sous le cou : ce sera un drap, un cous-

sin, une bouteille, une bûche enroulée dans un drap, etc.; ce billot est destiné à faire saillir le cou et la trachée.

Le billot ne sera placé que lorsque le malade aura été *anesthésié*, et la peau désinfectée à l'iode, car il augmente beaucoup l'asphyxie.

Pas de famille, elle est prévenue que le malade pourra rester sur la table.

Éclairage intense. — Une véritable illumination, des bougies, des rats de cave, etc., ou une fenêtre bien éclairée.

Trois aides. — Un tient la tête défléchie, par les oreilles; l'autre, est en face du chirurgien, récline la plaie ou tamponne; le troisième maintient les bras.

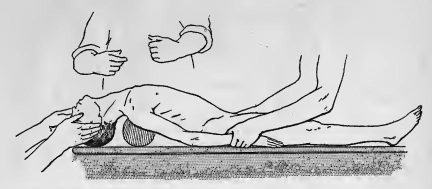


Fig. 548. — La position du billot (très importante). — La position des aides.

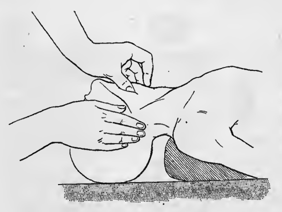


Fig. 549. — Opération.

Le chirurgien se placera à la droite du malade, près de la table des instruments (fig. 547).

L'opération sera faite *lentement*, avec *hémostase* soigneuse.

1er temps. — Recherche des points de repère, fixation du larynx.

(Temps *capital* pour la bonne réussite de l'opération, surtout chez l'enfant). L'*index gauche* fixera le bord inférieur du cartilage cricoïde et ne le lâchera plus; le pouce et le médius de la même main saisissent le larynx, le maintiennent, sans trop le serrer.

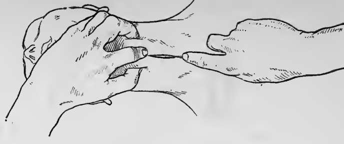


Fig. 550.— 2e temps. — Incision des parties molles.

La main gauche énucléant le larynx, coupez la peau sur la ligne médiane et sur une longueur variant de 3 à 4 centimètres, selon que le cou est maigre ou gras, c'est-à-dire que la trachée est superficielle ou profonde. Il faut avoir du jour.

Pincez les vaisseaux et liez au catgut. Réclinez le corps thyroïde en haut ou en bas.

Écartez bien les lèvres cutanées de l'incision, ainsi que les muscles, en travaillant du bistouri ou de la sonde cannelée et tout en restant sur le plan médian.

Dénudez enfin la trachée, à la sonde cannelée, en la manœuvrant de haut en bas, doucement sans crever la trachée et en réclinant les muscles sous les écarteurs. Y a-t-il, chemin faisant, de grosses veines, coupez entre deux pinces, et liez.

Voilà la théorie. La pratique est facile si le sujet a un cou maigre et long, mais s'il est court et charnu, ce sera pénible. Ne craignez pas alors de vous donner du jour, et muni de pinces et d'un peu de sang-froid, vous arriverez.

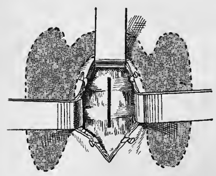


Fig. 551. — 3e temps. — Incision de la trachée.

Ne l'ouvrez qu'après une *hémostase complète* et *soigneuse*. La pénétration du sang dans les voies aériennes facilite la broncho-pneumonie.

Coupez 2 ou 3 anneaux, par des mouvements de scie, en restant bien sur la ligne médiane, on entend les 2 ou 3 « cracs » successifs; en même temps *l'air siffle*, le sang bouillonne.

Surtout pas de ponction, car l'introduction de la canule serait impossible, mais une véritable section nette, précise. Coupez, sans précipitation, sans perdre la tête, même si le malade est bleu.

La tête du malade sera bien maintenue, car il a souvent des quintes de toux, dues à la pénétration du sang dans la trachée.

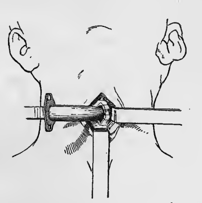


Fig. 552. — 4e temps. — Introduction de la canule, *sans* dilatateur (1er mouvement).

Vous présentez la canule de Krishaber, munie de son mandrin, à l'orifice trachéal et perpendiculairement au plan médian. Vous l'enfoncez doucement, en redressant la plaque de la canule et en exécutant un mouvement en arc de cercle, vers le sternum.

En somme, 3 mouvements : l'un d'introduction, l'autre de rotation, le dernier enfin de pénétration (voir fig. 553 et 554).

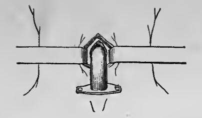


Fig. 553. — Introduction de la canule (2e mouvement).

Dès qu'elle a pénétré dans la trachée, le *bruit canulaire* se produit.

Si la canule est trop grosse, ne forcez pas, prenez-en une plus petite.

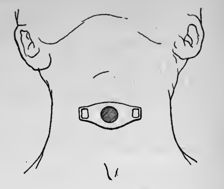


Fig. 554. — Introduction de la canule (3e mouvement).

Elle est en place. On retire le mandrin et on le remplace par la canule interne.



Fig. 555. — Introduction de la canule *avec* dilatateur.

Si vous ne pouvez mettre directement la canule, employez le dilatateur.

Premier mouvement. — Tenez-le de la main droite, introduisez-le fermé dans l'orifice trachéal, les anneaux couchés devant le sternum, puis relevez les branches et dilatez.

SOINS A DONNER A UN TRACHÉOTOMISÉ.

Le **malade**. — Éprouve un *soulagement* aussitôt opéré, a des accès de *toux* dus à la pénétration du sang dans les voies

aériennes, prend une alimentation *liquide* quelques heures après l'opération.

Sera placé dans une chambre *chaude*, dans une atmosphère



Fig. 556.

Deuxième mouvement. — A travers l'entre-bâillement des mors, vous faites pénétrer la canule.
Allez vite, car le malade tousse.

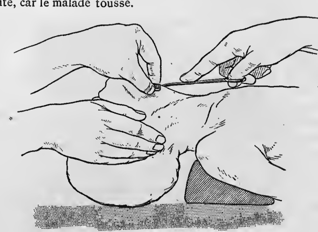


Fig. 557.

Troisième mouvement. — Abaissez le dilatateur et procédez à son extraction, tout en assujetissant bien la plaque de la canule entre le pouce et l'index gauches.

humide (mettre une bouilloire ou une casserole sur une table), gardé par une infirmière intelligente.

La compresse de gaze sera renouvelée chaque fois qu'elle sera souillée.

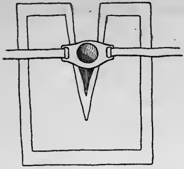


Fig. 558. — Pansement.

Le malade est assis et les rubans sont noués sur le côté du cou.
Quelques sutures cutanées au crin de Florence, si l'incision est trop longue.
Faites une échancrure à une compresse de gaze aseptique, recouverte de taffetas gommé, et insinuez sous les rubans.

Poste de pansements. — Deux tables dans la chambre du malade ou dans la pièce voisine; l'une sera un poste de lavage pour les mains; l'autre supportera le matériel de pansement (canules avec rubans et mandrin, instruments de chirurgie courante : ciseaux, pinces; — compresses aseptiques, taffetas gommé, une sonde molle de Nélaton ou des barbes de plumes, pour exciter le réflexe trachéal).

Nettoyage des canules. — La *canule interne* doit être nettoyée plusieurs fois par jour, chaque fois qu'elle est souillée par des mucosités. On la retire, on la nettoie avec un écouvillon et on la soumet à l'ébullition. — La *canule externe* restera en place pendant les quarante-huit heures consécutives à l'opération; elle sera changée ensuite, chaque jour.

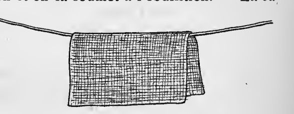


Fig. 559. — Bande de gaze pliée en plusieurs doubles, placée au-devant de l'orifice canulaire, et maintenue par un cordon autour du cou.

Décanulage. — Le moment de supprimer la canule varie selon la nature de l'affection qui a nécessité la trachéotomie : d'où l'utilité de l'examen laryngoscopique fréquent, chez l'adulte, pendant les jours consécutifs à l'opération. Dans le croup, il y a intérêt à l'enlever le plus tôt possible, 2 ou 3 jours environ après l'intervention.

Ce qu'il faut éviter.

De commettre les *fautes opératoires* suivantes :

1° La *recherche défectueuse des points de repère.* On a vu des médecins inciser le cartilage thyroïde! au lieu de la trachée. Si

le cou est gros et infiltré, n'hésitez pas, pour vous donner du jour, à faire une longue incision ;

2° La *perte des points de repère*. Elle entraîne des *incisions vicieuses*, obliques, de la peau ou de la trachée ;

3° Une *incision cutanée* ou *trachéale* trop *courte* ; la première rend l'opération beaucoup plus difficile, la seconde empêche l'introduction de la canule.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES.

Par ordre de fréquence :

Hémorragie veineuse. — Si elle est en nappe, ne pas s'inquiéter ; si elle est abondante, poser des ligatures au cours de l'opération. Chez l'enfant, l'introduction de la canule constitue le meilleur hémostatique. Quelquefois, il est utile de mettre plusieurs épaisseurs de gaze entre le pavillon de la canule et la plaie.

Asphyxie. — Introduire rapidement la canule. Respiration artificielle.

Emphysème sous-cutané. — Dû à ce que l'incision cutanée est trop courte.

LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROÏDIENNE

C'est une opération *très facile*, mais qui est applicable seulement à l'adulte. Il suffit d'un bistouri et d'une canule à mandrin, mais de *petit calibre* (9 à 10 millimètres de diamètre).

Deux temps : incision des parties molles, ouverture du larynx [1].

1er temps. — *Incision des parties molles.* — Le larynx étant fixé entre le pouce et le médius, l'index reconnaît l'es-



Fig. 560. — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

(1) Georges LAURENS. — *Chirurgie oto-rhino-laryngologique.*

pace crico-thyroïdien. Incision, couche par couche, du bord inférieur du cartilage thyroïde, jusqu'au bord supérieur du cricoïde. Écarter les muscles à la sonde cannelée, sur la ligne médiane;

2e temps. — *Ouverture du larynx.* — D'un seul coup, ponction et incision de la membrane crico-thyroïdienne, puis introduction de la canule à mandrin.

HYGIÈNE DU LARYNX

Elle consiste tout d'abord dans une respiration nasale normale. En effet, la respiration buccale entraîne la sécheresse de la gorge, l'inspiration d'un air froid, sec, des pharyngites, des amygdalites, des laryngites, des troubles vocaux. Il y a donc un intérêt majeur à supprimer l'obstruction du nez, quand elle existe.

On interdira les sports en général, chez les sujets atteints de sténose nasale.

Toutes les *irritations* de la gorge (tabac, alcool, boissons chaudes, glacées, mets épicés) seront interdites, si la gorge est particulièrement délicate.

De même, les abus vocaux, *surmenage de la voix*, constituent une source fréquente d'enrouements. On empêchera donc les enfants de crier, de hurler, pour éviter les nodules vocaux si fréquents dans le jeune âge.

Les infections naso-pharyngées seront traitées afin d'éviter les laryngites catarrhales si tenaces et si rebelles au traitement médical.

ASSURANCES SUR LA VIE

La plupart des Compagnies françaises ne prévoient pas les maladies du nez, de la gorge et des oreilles dans leur questionnaire.

L'examen oto-rhino-laryngologique est nécessaire au même titre que l'examen viscéral, et en particulier au point de vue auriculaire.

Tout candidat atteint d'otorrhée chronique, de polypes, de paralysie faciale, de vertiges, devrait être refusé.

Tout scléreux auriculaire peut être accepté, de même que les sujets présentant une perforation sèche du tympan.

Toute laryngopathie doit être soumise à un examen laryngoscopique, et les enroués par paralysie récurrentielle devraient être éliminés.

SERVICE MILITAIRE

Il est utile au médecin praticien de posséder quelques notions sur les rapports que peuvent affecter les maladies des oreilles et des voies aériennes supérieures, avec le service militaire.

Et, d'autre part, si nous lui conseillons de délivrer des certificats qui seront plutôt l'observation très complète du malade et peuvent éclairer le médecin militaire, nous sommes d'avis de n'en tirer aucune conséquence au point de vue de la compatibilité avec le service, l'armée possédant aujourd'hui des oto-rhino-laryngologistes de tout premier ordre, dans certains hôpitaux militaires, et beaucoup plus compétents, en l'espèce, que ne peut l'être la majorité des praticiens.

EXTRAITS DE L'INSTRUCTION DU 31 *JANVIER* 1902, *SUR L'APTITUDE PHYSIQUE AU SERVICE MILITAIRE, RELATIFS AUX MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DE LA GORGE.*

Il faut distinguer 2 cas :

1° Les *jeunes gens appelés au conseil de revision*;

2° Les *militaires* en *activité de service* ou passés dans la *réserve* et dans l'*armée territoriale*.

A. — *MALADIES DES OREILLES.*

	I. **Jeunes gens appelés au conseil de revision.**	II. — **Militaires en activité de service ou passés dans la réserve et dans l'armée territoriale.**
Surdité. *Minimum de l'acuité auditive compatible avec le service armé.*	4 mètres pour la voix ordinaire. 12 mètres pour la voix haute.	
Surdité. *Affaiblissement de l'ouïe* permettant encore d'entendre la voix ordinaire à une petite distance.	Service auxiliaire.	
Surdité. *Surdité bilatérale.*	Exemption.	Réforme.
Surdité. *Surdité unilatérale absolue.*	Service auxiliaire.	Réforme.
Surdité. En principe, lorsqu'il est difficile d'apprécier séance tenante le degré de la surdité, le malade est soumis à un nouvel examen après la séance du conseil de revision et avant la clôture de ses opérations. Les sujets chez lesquels l'examen ne révèle aucune lésion, mais que des réponses contradictoires rendent suspects, sont déclarés aptes au service actif.		
Polypes de l'oreille.	Exemption.	Réforme temporaire ou définitive (selon le degré de gravité et de curabilité de l'otite moyenne dont ils sont le résultat).
Affections chroniques de l'oreille moyenne avec ou sans otorrhée, avec ou sans perforation du tympan.	Exemption.	Réforme temporaire ou définitive (selon qu'elles sont susceptibles de s'amender par la suite, ou au contraire graves et rebelles à tout traitement).
Perforation du tympan, sèche sans otorrhée (par conséquent sujets ayant subi l'évidement pétro-mastoïdien après guérison).	Service auxiliaire.	

B. — *MALADIES DU NEZ ET DU PHARYNX.*

Malformations du nez avec troubles respiratoires ou phonatoires ; suivant le degré.	Exemption ou service auxiliaire	Réforme.
Polypes du nez.	Id.	Réforme temporaire si les polypes présentent une tendance à la récidive.
Ozène.	Exemption.	
Rhino-pharyngites chroniques, végétations adénoïdes, constituant une infirmité grave par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent.	Exemption.	Réforme temporaire.
Sinusites chroniques.	Exemption.	Réforme.
		Réforme temporaire (pour les rhinites chroniques susceptibles de guérir à longue échéance).
		Réforme temporaire (dans les paralysies pharyngées consécutives à des maladies infectieuses récentes).

C. — *MALADIES DU LARYNX.*

Laryngites chroniques et tuberculose.	Exemption.	Réforme.
Laryngite syphilitique :		
a. — Si les altérations graves exigent un traitement prolongé.	Service auxiliaire.	Réforme.
b. — Si elles portent une atteinte prononcée à la phonation.	Exemption.	
Polypes avec altération notable de la voix.	Exemption.	Réforme.
Aphonie.	Exemption.	Réforme (si incurable).
		Réforme temporaire si elle tient à une laryngite chronique ou à une paralysie laryngée dont on peut espérer la guérison à longue échéance.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

MALADIES DE L'OREILLE

CHAPITRE II

MALADIES DU NEZ

CHAPITRE III

SINUSITES DE LA FACE

CHAPITRE IV

MALADIES DU NASO-PHARYNX OU CAVUM

CHAPITRE V

MALADIES DU PHARYNX

CHAPITRE VI

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

67645. — PARIS, IMPRIMERIE GÉNÉRALE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

MASSON ET Cie, EDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS — VI° ARR.

P. n° 681. (Octobre 1911) (Cie L. H. D.

RÉCENTES PUBLICATIONS (Octobre 1911)

La Période Post-Opératoire

Soins, Suites et Accidents

PAR

Salva MERCADÉ

Ancien interne. Lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

vol. grand in-8°, de VI-550 *pages, avec* 82 *fig. dans le texte* . **12** fr.

Manuel de

Dentisterie Opératoire

PAR

Edward C. KIRK, D. D. S.

Professeur de clinique dentaire à l'Université de Philadelphie.

ADAPTATION FRANÇAISE

Par Raymond LEMIÈRE

Docteur en Médecine et chirurgien dentiste de l'Université de Paris.

I *vol. gr. in-8° de* VI-856 *pages, avec* 875 *figures dans le texte*. . **30** fr.

Abrégé d'Anatomie

PAR

P. POIRIER
Professeur à la Faculté de Paris.

A. CHARPY
Professeur à la Faculté de Toulouse.

B. CUNÉO
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

3 *volumes in-8° formant ensemble* 1620 *pages avec* 976 *figures en noir et en couleurs, richement reliés toile.* **50** *fr.*

TRAITÉ DE

Chirurgie d'urgence

Par Félix LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, Membre de la Société de Chirurgie.

SIXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Un volume grand in-8° de VIII-1185 *pages, avec* 994 *figures, et* 20 *planches hors texte, relié toile.* **30** fr.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

(VOLUMES IN-8°, CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE)

Introduction à l'étude de la Médecine, par **G.-H. ROGER**, professeur à la Faculté de Paris. *4e édition, entièrement revue* . . . . **10** fr.

Physique biologique, par **G. WEISS**, professeur agrégé à la Faculté de Paris. *Deuxième édition revue et augmentée, avec 543 figures* . . . . **7** fr.

Physiologie, par **Maurice ARTHUS**, professeur à l'Université de Lausanne. *3e édition, avec 286 figures en noir et en couleurs* . . . . **10** fr.

Chimie physiologique, par **M. ARTHUS**. *6e édition, avec 118 fig. et 2 planches* **6** fr.

Biochimie, par **E. LAMBLING**, professeur de chimie organique à la Faculté de Médecine de Lille. . . . . . **8** fr.

Dissection, par **P. POIRIER**, professeur, et **A. BAUMGARTNER**, ancien prosecteur à la Faculté de Paris, *2e édition revue et augmentée, avec 241 figures* . . . . **8** fr.

Examens de Laboratoire *employés en clinique*, par **L. BARD**, professeur à l'Université de Genève, avec la collaboration de MM. **G. MALLET** et **H. HUMBERT**. *Nouvelle édition sous presse.*

Diagnostic médical et Exploration clinique, par **P. SPILLMANN** et **P. HAUSHALTER**, professeurs, et **L. SPILLMANN**, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, *2e édition entièrement revue avec 181 figures* . . . . **8** fr.

Médecine infantile, par **P. NOBÉCOURT**, agrégé à la Fté de Paris. *Nouvelle édition sous presse.*

Chirurgie infantile, par **E. KIRMISSON**, professeur à la Faculté de Paris, *2e édition revue et augmentée avec 475 figures* . . . . **12** fr.

Médecine légale, par **A. LACASSAGNE**, professeur à l'Université de Lyon, *2e édition entièrement revue avec 112 fig. et 2 planches en couleurs* . . . . **10** fr.

Ophtalmologie, par **V. MORAX**, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, *avec 339 fig. et 3 pl.* **12** fr.

L'ÉLECTRICITÉ
et ses Applications

PAR

Le Dr L. GRAETZ
Professeur à l'Université de Munich.

TRADUIT SUR LA QUINZIÈME ÉDITION ALLEMANDE
Par Georges TARDY, Ingénieur Conseil.
Préface par **H. LÉAUTÉ,** *Membre de l'Institut.*

1 *vol. grand in-8° de* xx-640 *pages avec* 627 *fig. Relié toile.* **12** fr.

Cours élémentaire de Zoologie

Par Rémy PERRIER

Chargé du cours de Zoologie pour le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P.C.N.) à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris.

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

1 vol. in-8°, de 864 pag., avec 721 fig. dans le texte. Relié toile. **10** fr.

TRAITÉ DE ZOOLOGIE

Par Edmond PERRIER

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine,
Directeur du Muséum d'Histoire naturelle.

Fasc. I : **Zoologie générale,** *avec 458 figures* . . . . . . **12** fr.
Fasc. II : **Protozoaires et Phytozoaires,** *avec 243 figures* **10** fr.
Fasc. III : **Arthropodes,** *avec 278 figures* . . . . **8** fr.
Fasc. IV : **Vers et Mollusques,** *avec 566 figures* . . . . . **6** fr.
Fasc. V : **Amphioxus, Tuniciers,** *avec 97 figures* . . . **6** fr.
Fasc. VI : **Poissons,** *avec 190 figures* . . . . **10** fr.
Fasc. VII et dernier : **Vertébrés marcheurs.** (*En préparation.*)

Zoologie pratique basée sur la dissection des Animaux les plus répandus, par **L. JAMMES**, professeur adjoint à l'Université de Toulouse. *1 volume gr. in-8°, avec 317 figures. Relié toile.* **18** fr.

Éléments de botanique, par **Ph. VAN TIEGHEM**, Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, professeur au Muséum. *Quatrième édition. 2 vol. in-18, avec 587 fig. Reliés toile.* **12** fr.

69476. — Imprimerie LAHURE, rue de Fleurus, 9, à Paris

Abis extra Dural

Orbi [illegible] Cerroram

– [illegible]

[illegible]

22 –

22 –

Urol.

Free

[illegible]

abis

